2 2013

forum

gynécologie suisse

Etude multicentrique: «antidépresseurs, grossesse et allaitement»

Praxis/Fortbildung

Pénurie ou pléthore médicale?
Regards croisés entre le Québec et la Suisse

Leben der Gesellschaft

Junges Forum: Ausbildungsnetzwerke – eine erste Bilanz

gynécologie suisse
Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia

Die gewebeselektive Hormontherapie

- Lindert östrogenmangelbedingte klimaterische Beschwerden[1]
- Prävention einer durch Östrogenmangel induzierten Osteoporose bei postmenopausalen Frauen[1]
- Keine Erhöhung der mammographischen Dichte[1]

MSD

Gekürzte Fachinformation Livial®: Zusammensetzung: Tibolon, Tabletten zu 2,5 mg. **Indikation:** Behandlung der Östrogenmangelsymptome infolge natürlicher oder künstlicher Menopause (mind. 1 Jahr zurückliegend). Vorbeugung oder Verzögerung einer durch Östrogenmangel induzierten Osteoporose bei postmenopausalen Frauen mit hohem Frakturrisiko (wenn die Behandlung mit alternativen Arzneimitteln zur Osteoporoseprävention nicht in Frage kommt) oder bei Frauen mit gleichzeitigen behandlungsbedürftigen Symptomen des Östrogenmangels. **Dosierung:** 1 Tablette zu 2,5 mg/Tag. **Kontraindikationen:** Schwangerschaft, Stillzeit, bestehender oder früherer Brustkrebs bzw. ein entsprechender Verdacht, bestehende oder Verdacht auf hormonabhängige Tumore, bestehende oder in der Vorgeschichte aufgetretene venöse thromboembolische Ereignisse, auch in Anamnese (tiefe Venenthrombose, Lungenembolie), bestehende oder in Vorgeschichte aufgetretene arterielle thromboembolische Ereignisse, ungeklärte vaginale Blutungen, nicht behandelte Endometriumhyperplasie, vorausgegangene oder bestehende Lebererkrankung (solange Laborwerte erhöht), Überempfindlichkeit gegenüber Inhaltsstoffen von Livial, Porphyrie. **Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen:** Bei jeder Frau sollte vor der Verschreibung von Livial der Nutzen der Behandlung sorgfältig gegenüber den Risiken für Schlaganfall und Brustkrebs, sowie bei Frauen mit intaktem Uterus für Endometriumskrebs, abgewogen werden. Vor Beginn oder Wiederaufnahme einer Hormonersatztherapie gründliche gynäkol. Untersuchung einschl. vollständiger Kranken- und Familienanamnese. Mind. jährl. Kontrolluntersuchungen empfohlen. Interaktionen: verstärkte Wirkung von Antikoagulanzien. **Unerwünschte Wirkungen:** häufig: Unterleibsschmerzen, Hypertrichose, Leukorrhoe, vaginale Blutungen, Brustschmerzen, genitaler Pruritus, genitale Moniliase, Vaginitiden, Endometriumshyperplasie bzw. sonographische Verdickung des Endometriums, Beckenschmerzen, zervikale Dysplasie, Vulvovaginitis, Gewichtszunahme, abnormaler Zervixabstrich. **Packungen:** 1x28 und 3x28 Tabletten zu 2,5 mg. **Verkaufskategorie:** Liste B. **Zulassungsinhaberin:** MSD Merck Sharp & Dohme AG, Luzern.
Wichtige Sicherheitsinformationen: Bei jeder Frau sollte vor der Verschreibung von Livial der Nutzen der Behandlung sorgfältig gegenüber den Risiken für Schlaganfall und Brustkrebs, sowie bei Frauen mit intaktem Uterus für Endometriumskrebs, abgewogen werden. Tibolon erhöht das Risiko eines ischämischen Schlaganfalls, bereits ab dem ersten Jahr der Anwendung. Eine randomisierte, kontrollierte Studie an n= 4506 Frauen (Durchschnittsalter 68 Jahre) fand nach 2,9 Jahren bei Frauen, die mit Tibolon 1,25 mg behandelt wurden (27/2249), ein 2,2fach erhöhtes Schlaganfall-Risiko gegenüber Frauen unter Placebo (13/2257). In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (80%) handelte es sich dabei um ischämische Ereignisse. Die Dosis von 2,5 mg Livial wurde in dieser Studie nicht untersucht. Die Women's Health Initiative (WHI) Studie, eine grosse, prospektive, placebokontrollierte, randomisierte Studie, zeigte bei mehr als 8000 älteren, Frauen (Alter bei Studienabschluss 50 bis 79 Jahre, mittleres Alter 63 Jahre), welche eine orale Hormonersatztherapie mit konjugierten Östrogenen und Medroxyprogesteronacetat während durchschnittlich 5,2 Jahren erhielten, ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse gegenüber Placebo, (relatives Risiko 1,24 [95% CI 1,00–1,54], absolute Risikoerhöhung 6 Fälle pro 10'000 Frauenjahre). Ebenso war in der WHI Studie das zerebrovaskuläre Risiko unter kombinierter Östrogen-Gestagen Therapie erhöht (relatives Risiko 1,31 [95% CI 1,02–1,68]). Östrogen oder kombinierte Östrogen-Gestagen Substitutionstherapien sind mit einem erhöhten Risiko für venöse thromboembolische Ereignisse verbunden wie tiefe Venenthrombose (VTE) oder Lungenembolie. Zwei kontrollierte randomisierte Studien (WHI und HERS) und mehrere epidemiologische Studien ergaben ein 2 bis 3-fach erhöhtes Risiko bei Frauen, die eine HRT anwandten verglichen mit Frauen, die nie eine solche Behandlung erhalten haben. Sowohl randomisierte, kontrollierte als auch epidemiologische Studien ergaben bei Frauen, die eine Hormonersatztherapie über mehrere Jahre anwandten, ein erhöhtes Brustkrebsrisiko. Eine Metaanalyse von 51 epidemiologischen Studien zeigte, dass das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, mit der Dauer der HRT zunimmt und nach Absetzen der HRT abnimmt. Das relative Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, war 1,35 (95% CI 1,21–1,49) für Frauen, die eine HRT während 5 Jahren oder länger anwandten. Ob diese Risikoerhöhungen auch für Tibolon zutrifft, ist bisher nicht eindeutig erwiesen. Die am häufigsten beschriebenen Nebenwirkungen unter Livial® waren: Vaginale Blutungen, Unterleibsschmerzen, Endometriumshyperplasie, Hypertrichose, Gewichtszunahme. **Livial kann nicht als Kontrazeptivum verwendet werden.**
Referenz: 1) Fachinformation LIVIAL®. www.swissmedic.ch.
Konsultieren Sie bitte vor einer Verschreibung die vollständige Fachinformation publiziert auf der Homepage von Swissmedic (www.swissmedic.ch oder www.swissmedicinfo.ch).
Kopien der Studienpublikationen können bei Bedarf unter der unten angegebenen Adresse angefordert werden.
© MSD Merck Sharp & Dohme AG, Luzern, Schweiz. Alle Rechte vorbehalten. WOMN-1033162-0000
MSD Merck Sharp & Dohme AG, Werftestrasse 4, 6005 Luzern

Editorial

02 La réintroduction du moratoire sur les cabinets des spécialistes – un projet inutile!
Wiedereinführung des Zulassungsstopps für fachärztliche Praxen – ein unsinniger Plan!

Wissenschaft _ Sciences

04 Etude multicentrique: «antidépresseurs, grossesse et allaitement»

Praxis und Fortbildung _ Pratiques médicales et formation continue

09 «NON à la clause du besoin!»
10 Pénurie ou pléthore médicale? Regards croisés entre le Québec et la Suisse
14 Petite enfance et fumée passive. Abordons la question
16 «Gebären im Wallis ist nicht anders als anderswo!»
Ein Interview mit Dr. Franz Burgener aus Sion
18 Junges Forum: Ausbildungsnetzwerke – eine erste Bilanz
20 Sicherheitslücken schliessen: Korrekte Umsetzung und Anwendung der chirurgischen Checkliste

Leben der Gesellschaft _ Société

22 La Fondation – Association pour l'Activisme Humain et Culturel
24 Frühjahrsfortbildung der gynécologie suisse
– Prägefaktoren der Schwangerschaft – die epigenetische Schwangerenbetreuung
– Die Bedeutung von Aminosäuren für die Gynäkologie
28 Neue Chefärztinnen und Chefärzte

Impressum
Herausgeberin _ Editeur Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, gynécologie suisse
Redaktionskommission _ Commission de la rédaction Fadhil Belhia, Lausanne, fbelhia@bluemail.ch; Regula Bürki, Bern, regula.buerki@hirslanden.ch; Claudia Canonica, Zürich, claudia.canonica@usz.ch; Irene Hösli, Basel, ihoesli@uhbs.ch; Gian Luzi Looser, Schaffhausen, gian.luzi.looser@gmail.com; Patrick Petignat, Genève, patrick.petignat@hcuge.ch; Alexandre Rozenholc, Genève, alexandre.rozenholc@hcuge.ch; Christiane Roth, Gockhausen, info@christiane-roth.ch; David Stucki, Fribourg, stuckid@cliniquegenerale.ch | **Vorsitz und Koordination _ Présidence et coordination** Petra Seeburger, Zürich, petra.seeburger@hispeed.ch | **Redaktion der französischen Artikel _ Edition des articles en français** Sylvie Logean, Lausanne | **Gestaltung _ Mise en page** atelierrichner.ch | **Druck _ Impression** Stämpfli Publikationen AG, Bern | **Papier** weiss halbmatt gestrichen 115 g/m^2, holzhaltig _ couché blanc demi-mat 115 g/m^2 | **Auflage _ Tirage** 1800

Titelbild _ Page de couverture Fotolia _ Tatyana Gladskih

La réintroduction du moratoire sur les cabinets des spécialistes – un projet inutile!

Wiedereinführung des Zulassungsstopps für fachärztliche Praxen – ein unsinniger Plan!

Chers Collègues
Chers Membres de Gynécologie suisse

En 2001, le Conseil Fédéral introduisait un moratoire limitant l'installation de spécialistes, par crainte d'un afflux massif de médecins provenant de l'union européenne. Par la même occasion, il bloquait le nombre de spécialistes, espérant ainsi augmenter le nombre de généralistes, qui s'installeraient aussi bien en ville qu'à la campagne, pour combler le manque de médecins de premier recours au niveau suisse. Ce moratoire a été prorogé deux fois par le Parlement.

Que remarque-t-on aujourd'hui?
L'objectif fixé par le Conseil Fédéral et le Parlement n'a pas été atteint. Il y a toujours un manque important de médecins de premier recours et ni le Parlement, ni le Conseil Fédéral n'ont proposé de solutions durables efficaces pour offrir à la population suisse suffisamment de médecins de premier recours, mais aussi de spécialistes, en particulier dans les régions périphériques et les campagnes.

Devant la demande massive, depuis janvier 2012, de numéros au registre des codes créanciers, le Conseil Fédéral brandit à nouveau la menace de réintroduire un moratoire. Il ne propose cependant aucune stratégie constructive visant à organiser une bonne répartition des généralistes et des spécialistes en fonction des besoins réels de la population. Bloquer le nombre de cabinets médicaux au niveau existant à un moment donné ne résout en effet rien: Tout d'abord, il y a toujours un manque de médecins généralistes, en particulier dans les régions périphériques. Par ailleurs, les médecins spécialistes s'installent principalement dans les centres urbains. Actuellement, beaucoup de médecins spécialistes sont des femmes qui travaillent à temps partiel. Par conséquent, le nombre de cabinets ne correspond pas à l'activité réelle du temps de travail des médecins. Un nombre important de médecins spécialistes, y compris en gynécologie et obstétrique, vont prendre leur retraite dans les dix ans à venir.

De quoi a besoin la Suisse?
La FMH et la CDS font des propositions constructives, qui donneraient aux cantons la possibilité de réguler l'installation des différents spécialistes et des médecins généralistes en fonction d'un besoin cantonal, respectivement régional. Certains, comme le Professeur Pierre-François Levrat, directeur général du CHUV, vont plus loin en disant qu'il faut limiter le droit des spécialistes de s'installer là où ils le souhaitent, et qu'il faut planifier l'installation des cabinets de spécialistes en fonction des besoins des différentes régions du pays. Il est certain qu'une telle décision limiterait les principes de la médecine libérale, qui veulent que chaque spécialiste puisse s'installer à l'endroit où il le désire. Mais n'est-ce pas une solution raisonnable en vue d'obtenir un réseau de spécialistes offrant à l'ensemble de la population les services médicaux nécessaires?

En résumé, Gynécologie Suisse s'oppose à l'application brutale d'un moratoire fixant uniquement le nombre de cabinets de spécialistes pour chaque canton et ne tenant pas compte d'une étude du besoin cantonal ou régional des spécialistes nécessaires à la prise en charge de la population. Etude qui devrait se faire en collaboration avec la société cantonale de médecine et la société suisse et locale des spécialistes concernés.

Il est grand temps que le Conseil Fédéral et le Parlement adoptent une vision globale, constructive et nuancée quant à l'application de la politique d'installation des médecins, en fonction des besoins de chaque région.

Cordialement
Dr med. Jacques Seydoux, Président SGGO

Liebe Kolleginnen und Kollegen
Sehr geehrte Mitglieder von Gynécologie suisse

Im Jahr 2001 beschloss der Bundesrat, die Niederlassung von Spezialärzten zu beschränken, um der Gefahr einer massiven Zuwanderungswelle von Ärzten aus der Europäischen Union entgegenzuwirken. Bei dieser Gelegenheit wurde auch die Anzahl an Spezialisten eingefroren in der Hoffnung, die Zahl der Allgemeinärzte zu erhöhen, die sich sowohl in den Städten als auch auf dem Land niederlassen sollten. Damit versuchte man, eine Lösung für den Hausärztemangel in der Schweiz zu finden. Dieser Zulassungsstopp wurde vom Parlament zweimal verlängert.

Welche Ergebnisse sehen wir heute?
Das von Bundesrat und Parlament gesetzte Ziel ist nicht erreicht worden. Es besteht immer noch ein starker Hausärztemangel und weder Parlament noch Bundesrat konnten nachhaltig wirksame Lösungen anbieten, damit der schweizerischen Bevölkerung eine ausreichende Zahl an Allgemeinärzten einerseits, aber auch von Spezialärzten andererseits zur Verfügung steht. Dies gilt insbesondere für die ländlichen und abgelegenen Regionen.

Angesichts der massiven Zunahme an Anträgen auf Erteilung von Nummern im Zahlstellenregister seit Januar 2012 droht der Bundesrat nun erneut mit der Wiedereinführung eines Zulassungsstopps. Allerdings unterbreitet er keinerlei konstruktive Vorschläge, wie eine gute Verteilung von Allgemeinärzten und Spezialärzten zur Deckung des tatsächlichen Bedarfs in der Bevölkerung angelegt werden könnte. Denn die Zahl der ärztlichen Praxen auf dem Niveau zu einem Zeitpunkt x einzufrieren, löst das Problem nicht: Zunächst fehlen noch immer Fachärzte für Allgemeinmedizin, insbesondere ausserhalb der grossen Städte. Im Übrigen lassen sich Spezialärzte im Wesentlichen in grösseren Städten nieder. Viele der Spezialärzte sind heute Frauen, die in Teilzeit arbeiten. Folglich entspricht die Anzahl der Praxen umgerechnet auf die Tätigkeit nicht der tatsächlichen Arbeitszeit der Ärzte. Sehr viele Spezialärzte, einschliesslich Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, werden in den kommenden zehn Jahren pensioniert.

Was braucht die Schweiz?
Die FMH und die GDK legen konstruktive Vorschläge vor, die den Kantonen die Möglichkeit einräumen, die Niederlassung verschiedener Fachärzte und Allgemeinärzte je nach Bedarf im Kanton bzw. in der Region zu regulieren. Einige, wie der Generaldirektor des CHUV, Prof. Pierre-François Levrat, gehen weiter und fordern, die Fachärzte in ihrem Recht zu beschränken, sich dort niederzulassen, wo sie es möchten. Seiner Ansicht nach muss die Eröffnung von fachärztlichen Praxen auf der Basis des Bedarfs in den verschiedenen Regionen geplant werden. Eine solche Regulierung würde sicherlich die Grundsätze der selbständigen ärztlichen Berufsausübung beschneiden, nach denen sich jeder Facharzt dort niederlassen kann, wo er es wünscht. Ist es nicht aber dennoch eine sinnvolle Lösung, damit wir ein fachärztliches Praxisnetz aufbauen können, das der gesamten Bevölkerung die erforderliche medizinische Versorgung garantiert?

Gynécologie Suisse spricht sich gegen die einschneidende Massnahme eines Zulassungsstopps aus, durch den ausschliesslich die Zahl der fachärztlichen Praxis in jedem Kanton beschränkt wird, der aber keine Untersuchung des kantonalen oder regionalen Bedarfs an Fachärzten zur angemessenen Versorgung der Bevölkerung einschliesst. Eine solche Studie müsste in Zusammenarbeit mit der jeweiligen kantonalen Ärztegesellschaft und den betroffenen schweizerischen und kantonalen Fachärztegesellschaften durchgeführt werden.

Es ist an der Zeit, dass der Bundesrat und das Parlament die Niederlassungspolitik für Ärzte aus einer globalen, konstruktiven und nuancierten Perspektive angehen und dabei den spezifischen Bedarf jeder Region berücksichtigen.

Mit kollegialen Grüssen
Dr. Jacques Seydoux, Präsident SGGG

Etude multicentrique: «antidépresseurs, grossesse et allaitement»

Une étude multicentrique (Lausanne, Morges, Genève, Lyon, Nancy) lancée par la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois devrait permettre de mieux comprendre le passage des antidépresseurs dans le lait maternel et leur impact clinique sur le développement et la croissance des enfants exposés pendant la grossesse et/ou l'allaitement.

Dr Alice Panchaud PhD, coordinatrice, Lausanne

L'allaitement est la forme d'alimentation la mieux adaptée au nouveau-né et au nourrisson. Le lait maternel répond aux besoins nutritionnels, métaboliques et immunologiques tout en renforçant le lien mère-enfant. C'est pourquoi l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Académie Américaine de Pédiatrie recommandent l'allaitement exclusif durant les six premiers mois de vie, ainsi que sa poursuite jusqu'à l'âge de 2 ans en complément de l'alimentation solide. [1, 2] Malgré le nombre croissant de femmes nécessitant un traitement médicamenteux pendant l'allaitement, les données disponibles sur la sécurité d'emploi des médicaments pendant cette période critique restent très limitées. Cette carence d'informations conduit souvent les mères soit à renoncer ou arrêter prématurément l'allaitement soit à ne pas prendre un traitement qui leur est nécessaire par peur des éventuels effets délétères pour leur enfant.

Les troubles mentaux figurent parmi les causes principales de mauvaise santé et de handicap dans les sociétés occidentales, et les femmes en âge de procréer sont particulièrement à risque de développer ce type d'affections. Les études rapportent qu'entre 6,5 et 12,9% des femmes présentent des symptômes de dépression durant la grossesse et la période postpartum, allant d'une légère modification de l'humeur à des troubles dépressifs majeurs.[3] La dépression maternelle et/ou les comportements associés (consommation de tabac, moins bon suivi obstétrical) peuvent augmenter le risque de prématurité, de faible poids de naissance ou de troubles de l'adaptation néonatale.[4] La dépression affecte également le lien mère-enfant, et ainsi le développement comportemental, psychomoteur et cognitif de l'enfant.[5] L'identification systématique et le traitement optimal de la dépression en période puerpérale sont par conséquent des enjeux importants pour la santé de la mère et de l'enfant.

Etat des connaissances

Après l'arrivée sur le marché des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (SSRI) et de la sérotonine/noradrénaline (SNRI), une augmentation importante des prescriptions d'antidépresseurs pendant la grossesse a été observée. Selon certaines études américaines, jusqu'à 7% des femmes enceintes auraient actuellement recours à un SSRI.[6] Parmi les SSRI/SNRI, certaines molécules (citalopram et sertraline) sont considérées, lorsque nécessaire, comme des traitements de choix chez la femme enceinte, en raison de nombreuses données rassurantes ne mettant pas en évidence d'augmentation majeure du risque malformatif. Peu d'études ont documenté l'exposition aux SSRI/SNRI des enfants allaités. Il est reconnu aujourd'hui que ces médicaments passent dans le lait maternel en très faible quantité et que le risque de toxicité associé est faible pour le nourrisson en bonne santé.[7] Les preuves croissantes suggèrent que les bénéfices liés à l'allaitement sont plus importants que les risques potentiels en lien avec les petites quantités de SSRI/SNRI retrouvées dans le lait maternel, pourtant de nombreuses questions nécessitent encore des réponses.

L'impact de ces différentes sources de variabilité sur le transfert de médicaments antidépresseurs dans le lait maternel, n'est pas ou peu connu à l'heure actuelle.

La classe des antidépresseurs SSRI/SNRI présente une grande variabilité pharmacocinétique attribuée à de nombreux facteurs (environnementaux, cliniques, démographiques ou génétiques). Ainsi, la même dose

Equipe de recherche à Lausanne (de gauche à droite): Dr Myriam Bickle Graz, Prof. Chantal Csajka, Karine Lepigeon, Dr Mathilde Morisod Harari, Dr Alice Panchaud, Etienne Weisskopf.

de SSRI/SNRI peut entraîner des concentrations plasmatiques très différentes d'une patiente à l'autre. Cette variabilité pourrait également affecter la quantité de médicaments excrétée dans le lait maternel. De plus, ces molécules possèdent une grande affinité pour les graisses (lipophile) et leur passage dans le lait maternel pourrait ainsi être influencé par la composition du lait variant au cours des tétées (début vs fin, matin vs soir) et de l'allaitement (lait de transition vs lait mature). L'impact de ces différentes sources de variabilité sur le transfert de médicaments antidépresseurs dans le lait maternel, n'est pas ou peu connu à l'heure actuelle.

Bien que les SSRI/SNRI n'ont pas montré de potentiel tératogène élevé, ils ont été associés à des troubles de l'adaptation néonatale.[6] Il n'est pour l'heure pas clair si ces troubles sont le résultat d'un syndrome de sevrage ou d'un effet toxique direct et s'ils sont plus susceptibles de se manifester avec l'une ou l'autre des molécules de ces deux classes d'antidépresseurs. De plus, peu d'études ont examiné les conséquences d'une exposition à ces médicaments sur l'évolution neuro-développementale du nourrisson et leur innocuité au long cours n'est pas clairement établie. Si dans l'ensemble les données épidémiologiques sont

Zusammenfassung

Im Sommer 2012 startete eine Multicenter-Studie (Lausanne, Morges, Genf, Lyon, Nancy) in der Frauenklinik des Universitätsspitals Lausanne, die den Übertritt von SSRI/SNRI in die Muttermilch sowie deren klinische Wirkung auf Entwicklung und Wachstum von Kindern untersucht, die diesen während der Schwangerschaft und/oder Stillzeit ausgesetzt sind. Anhand der aus dieser Studie gewonnen Informationen soll die Anwendung von Antidepressiva bei stillenden Müttern optimiert werden, indem erstmals auf populationsbezogener Basis beschrieben wird, in welcher Quantität Antidepressiva in die Muttermilch übertreten, welche Faktoren die abgesonderte Menge beeinflussen können, und welche längerfristige Auswirkungen die Exposition des Kindes gegenüber den in der Milch festgestellten Mengen auf seine Entwicklung hat. Die Rekrutierungsphase von 2–3 Jahren sollte es ermöglichen, insgesamt 300 bis 400 Patientinnen in die Studie einzubeziehen.

rassurantes, elles sont encore insuffisantes pour exclure tout risque lié à l'exposition in utero et/ou via le lait maternel au SSRI/SNRI sur le développement de l'enfant.

L'étude «antidépresseurs et allaitement»

En été 2012, une étude multicentrique (Lausanne, Morges, Genève, Lyon, Nancy) a débuté à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois pour tenter de mieux comprendre le passage des SSRI/SNRI dans le lait maternel et leur impact clinique sur le développement et la croissance des enfants exposés pendant la grossesse et/ou l'allaitement. Ce projet réunit les compétences de différentes entités du CHUV et de l'Ecole de Pharmacie Lausanne Genève (Département de Gynécologie-Obstétrique et Génétique médicale, Service de Néonatologie, Service de Pédopsychiatrie de Liaison, Unité de Pharmacogénétique et Psychopharmacologie clinique, le Swiss Teratogen Information Service et Groupe de Pharmacie hospitalière et clinique) et de quatre hôpitaux suisses et français (les Hôpitaux Universitaires de Genève, l'Ensemble Hospitalier de la Côte, les Hospices Civils de Lyon et le CHU de Nancy). La phase de recrutement, d'une durée de 2 à 3 ans, devrait permettre d'inclure un total de 300 à 400 patientes.

Impact Clinique

Les informations fournies par cette étude devraient permettre d'optimiser l'utilisation des antidépresseurs chez les mères qui allaitent en décrivant pour la première fois sur une base populationnelle (a) quelle quantité d'antidépresseur passe dans le lait maternel, (b) quels facteurs peuvent modifier la quantité excrétée et (c) quel impact l'exposition de l'enfant aux quantités retrouvées dans le lait a sur son développement à plus long terme. Sur la base des informations recueillies dans cette étude, des recommandations avec un bon niveau de preuve pourront être élaborées pour la pratique clinique.

Equipe de recherche à Lausanne

Section des Sciences Pharmaceutiques, Groupe de Pharmacie hospitalière & clinique, UNIGe, UNIL
- Prof. Chantal Csajka, PhD Investigateur responsable
- Dr Alice Panchaud, PhD coordinatrice
- Etienne Weisskopf, PharmD

Département de Gynécologie-Obstétrique et Génétique médicale, CHUV
- Dr Yvan Vial, MD, PD, MER
- Karine Lepigeon, Sage-femme/Recherche clinique
- Pool des sages-femmes de la maternité

Service de Néonatologie, CHUV
- Prof. Jean-François Tolsa, MD
- Dr Myriam Bickle Graz, MD
- Dr Céline Fischer, MD

Unité de Pharmacogénétique et Psychopharmacologie clinique, CHUV
- Prof. Chin Bin Eap, PhD
- Service de Pédopsychiatrie de Liaison, CHUV
- Dr Mathilde Morisod Harari, MD

Références

1. http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/ (consulté le 22 mars 2013).
2. www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-3552 (consulté le 22 mars 2013).
3. Gavin, NI et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol. 2005 Nov;106(5 Pt 1):1071-83.
4. Dagher, RK et al. Prenatal health behaviors and postpartum depression: is there an association? Arch Womens Ment Health. 2012 Feb;15(1):31-7.
5. Davalos, DB et al. Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: a review. Arch Womens Ment Health. 2012 Feb;15(1):1-14.
6. Mitchell, AA et al. Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976-2008. Am J Obstet Gynecol. 2011 Jul;205(1):51.e1-8.
7. Sie, SD et al. Maternal use of SSRIs, SNRIs and NaSSAs: practical recommendations during pregnancy and lactation. Arch Dis Child Fetal Neonatal 2012 Nov;97(6):F472-6.

Weltweit[4] die orale östrogenfreie Verhütung #1

Die Person dient ausschliesslich illustrativen Zwecken und ist keine Patientin.

Referenzen: 1. Collaborative Study Group on the Desogestrel-containing Progestogen-only Pill. A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progestogen-only pills containing desogestrel 75 µg/day or levonorgestrel 30 µg/day. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 1998;3:169-178. **2.** Korver T, Klipping C, Heger-Mahn D, Duijkers I, van Osta G, Dieben T. Maintenance of ovulation inhibition with the 75-µg desogestrel-only contraceptive pill (Cerazette®) after scheduled 12-h delays in tablet intake. *Contraception.* 2005;71:8-13. **3.** Fachinformation Cerazette®, www.swissmedic.ch, Juni 2011. **4.** Source: IMS, MIDAS, MAT, Sept 2011.

Cerazette® - Wichtige Sicherheitsinformationen Epidemiologische Studien zeigen ein erhöhtes Risiko venöser und arterieller thromboembolischer Erkrankungen (z.B. Myokardinfarkt, Apoplexie, tiefe Beinvenenthrombose und Lungenembolie) bei der Anwendung von kombinierten oralen Kontrazeptiva. Die klinische Relevanz dieser Studien für die Anwendung von Desogestrel als Kontrazeptivum ohne Kombination mit einer östrogenen Komponente ist unbekannt. Deshalb sollte Cerazette beim Auftreten einer Thrombose abgesetzt werden. Ebenso sollte Cerazette bei Langzeit-Immobilisation abgesetzt werden. Das Risiko für Mammakarzinome für Anwenderinnen von Gestagen-Mono-Präparaten ist möglicherweise mit demjenigen für Anwenderinnen von KOKs vergleichbar, jedoch ist die verfügbare Datenlage zu Gestagen-Mono-Präparaten zu gering, um diesbezügliche Berechnungen zu erstellen. Cerazette enthält weniger als 65 mg Laktose. Trotzdem sollten Frauen mit hereditärer Galaktose-Intoleranz, Lapp-Laktase-Mangelsyndrom oder Glukose-Galaktose-Malabsorption das Präparat nicht einnehmen. Unter der Anwendung von Cerazette sinken die Estradiol-Serumspiegel auf ein Niveau, das demjenigen der frühen Follikelphase entspricht. Es ist bis heute unbekannt, ob diese Veränderung irgendeine klinische Relevanz bezüglich des Knochenmineralstoffwechsels aufweist. Das Risiko einer ektopischen Schwangerschaft ist unter herkömmlichen Gestagen-Mono-Präparaten höher als bei Anwendung von kombinierten oralen Kontrazeptiva. Während der Verwendung von Gestagen-Mono-Präparaten kann es zu häufigeren oder länger anhaltenden Blutungen kommen. Blutungen können auch nur noch gelegentlich oder gar nicht mehr auftreten. **Cerazette® bietet keinen Schutz vor einer HIV-Infektion (AIDS) oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten.** Die Wirksamkeit von Cerazette kann durch das Vergessen von Filmtabletten und Erbrechen oder die gleichzeitige Verwendung anderer Medikamente beeinträchtigt werden. Die am häufigsten beschriebenen Nebenwirkungen unter Cerazette® waren: Unregelmässige Blutungen, Amenorrhö, Gewichtszunahme, Stimmungsschwankungen und Akne. Ausführliche Angaben publiziert auf der Homepage von Swissmedic (www.swissmedic.ch oder www.swissmedicinfo.ch). 10-099.

Gekürzte Fachinformation Cerazette®: Wirkstoff: Desogestrel **Indikation:** Orale Kontrazeption **Dosierung:** 1 Tab./Tag, kontinuierlich ohne Einnahmepause **Kontraindikationen:** erwiesene oder vermutete Schwangerschaft, ungeklärte vaginale Blutungen, akute venöse thromboembolische Beschwerden, schwere Lebererkrankung, abnorme Lebertunktionsparameter, Lebertumore, gestagen-abhängige Tumore,Überempfindlichkeit gegenüber einem der Inhaltsstoffe **Vorsichtsmassnahmen:** umfassende Anamnese mit allgemeiner und gynäkologischer Untersuchung. Kein Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten, HIV-Infektionen. Nutzen/Risiko Analyse bei: Brustkrebs, venösen thromboembolischen Erkrankungen, Ikterus und/oder Pruritus mit Cholestase, Gallensteinen, Porphyrie, systemischem Lupus erythematodes, hämolytisch-urämischem Syndrom, Sydenham´scher Chorea, Herpes gestationis, otosklerosebedingtem Gehörverlust. Chloasma und vergrösserte Follikel möglich. Diabetikerinnen. Knochenmineralstoffwechsel. Lebertumore. Sorgfältige Überwachung bei: Asthma, Migräne, Herz- oder Nierenfunktionsstörungen, Epilepsie. **Unerwünschte Wirkungen:** Häufig: Kopfschmerzen, Gewichtszunahme, Brustschmerzen, Übelkeit, unregelmässige Blutungen, Amenorrhoe, Akne, Stimmungsschwankungen, verminderte Libido. **Interaktionen:** Verringerte Wirksamkeit bei Komedikation mit leberenzyminduzierenden Arzneimitteln. **Packungen:** 1x28, 3x28 und 6x28 Tab. **Verkaufskategorie:** Liste B. **Zulassungsinhaberin:** MSD Merck Sharp & Dohme AG, Luzern. Ausführliche Angaben publiziert auf der Homepage von Swissmedic (www.swissmedic.ch oder www.swissmedicinfo.ch). 09-090.

Konsultieren Sie bitte vor einer Verschreibung die vollständige Fachinformation publiziert auf der Homepage von Swissmedic (www.swissmedic.ch oder www.swissmedicinfo.ch).
Kopien der Studienpublikationen können bei Bedarf unter der unten angegebenen Adresse angefordert werden.
© MSD Merck Sharp & Dohme AG, Luzern, Schweiz. Alle Rechte vorbehalten.
MSD Merck Sharp & Dohme AG, Werftestrasse 4, 6005 Luzern, Schweiz.

WOMN-103316 1-0000

MSD

Proposez NUVARING® à plus de patientes

afin qu'elles rejoignent les nombreuses femmes satisfaites de ce dispositif.*

Référence: *Merki Feld G., Hund M. Clinical experience with the combined contraceptive vaginal ring in Switzerland, including a subgroup analysis of previous hormonal contraceptive use. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, Dec 2010;15:413-422.

Information professionnelle succincte NuvaRing®; Anneau synthétique à utiliser dans le vagin; libération de 120 µg d'étonogestrel et de 15 µg d'éthinylestradiol par jour. **Mode d'emploi:** l'anneau doit rester dans le vagin pendant 3 semaines, après interruption habituelle d'une semaine. **Indication:** Contraception hormonale destinée à usage vaginal. **Contre-indications:** Grossesse, hypersensibilité aux principes actifs ou à l'un des composants, thromboses avec ou sans embolie pulmonaire, prédisposition aux thromboses, facteurs de risque de thromboses, migraine avec symptômes neurologiques, diabète avec complications vasculaires, maladie hépatique grave (anomalies de la fonction hépatique), tumeur hépatique, maladies malignes ou prémalignes des organes génitaux ou du sein, hémorragies génitales d'origine indéterminée. **Interactions:** inducteurs des enzymes microsomiales, certains antibiotiques. **Mises en garde et précautions:** Arrêt immédiat de l'utilisation à l'occasion de survenue ou exacerbation d'une céphalée de type migraineux, troubles soudains de la vision, de l'audition, de l'élocution ou autres troubles de la perception, premiers signes de phénomène thromboembolique, augmentation significative de la pression artérielle, survenue d'un ictère, d'une hépatite, d'un prurit généralisé, vives douleurs épigastriques, augmentation du volume du foie, grossesse, 4 semaines avant l'opérations prévues, pendant les immobilisations. **Effets indésirables:** souvent: maux de tête, migraine, prise de poids, douleurs abdominales, nausées, dépression, diminution de la libido, acné, douleurs abdominales d'origine gynécologique, sensation de tension mammaires, dysménorrhée, pertes vaginales, démangeaisons vaginales chez la femme, moniliase vaginale, mycoses vulvo-vaginales, expulsion de l'anneau, sensation de corps étranger. **Présentation:** Emballages de 1 ou 3 anneaux. **Catégorie de vente:** liste B. MSD Merck Sharp & Dohme AG, Lucerne. *Pour des informations détaillées, veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments.* (Septembre 2010) 09-177

Importantes instructions de sécurité

Les femmes qui utilisent des contraceptifs hormonaux ont un risque légèrement accru de maladies thromboemboliques veineuses et artérielles, comme par exemple infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, thrombose veineuse profonde des jambes ou embolie pulmonaire. Des thromboembolies veineuses (TEV) peuvent survenir lors de l'utilisation de tous les contraceptifs hormonaux. L'incidence des TEV est d'environ 4 cas pour 10'000 années-femmes avec les contraceptifs oraux combinés (COC) contenant une dose faible d'œstrogènes (< 5 µg d'EE), contre environ 0,5–3 cas pour 10'000 années-femmes chez les non-utilisatrices. Les données cliniques actuellement disponibles sur NuvaRing® ne permettent pas encore une évaluation définitive du risque de TEV. Le risque de maladies thromboemboliques veineuses et/ou artérielles augmente avec: l'âge, le tabagisme. C'est pourquoi il faut formellement recommander aux femmes qui utilisent des contraceptifs hormonaux de ne pas fumer, surtout si elles ont plus de 35 ans ou si elles présentent en même temps d'autres facteurs de risque artériel. Si une prédisposition héréditaire est suspectée, il faut consulter un spécialiste avant de commencer à utiliser un contraceptif hormonal. En cas de suspicion ou de survenue d'une thrombose, il faut arrêter l'utilisation du COC. Quelques études épidémiologiques indiquent une augmentation du risque de cancer du col utérin en cas de prise prolongée de COC. Une méta-analyse de 54 études épidémiologiques a montré que le risque relatif (RR) de diagnostic de cancer du sein était légèrement supérieur (RR = 1,24) chez les femmes prenant des COC.

NuvaRing® ne doit pas être administré aux femmes atteintes de certains types de cancer ni aux femmes enceintes. NuvaRing® ne protège pas contre une infection par le VIH (SIDA) ou contre d'autres maladies sexuellement transmissibles. L'efficacité de NuvaRing® peut être compromise par l'utilisation simultanée d'autres médicaments. Les effets indésirables les plus fréquemment décrits sous NuvaRing® ont été des infections vaginales, une prise de poids, une dépression, une acné, des céphalées et des douleurs dans la poitrine. Pour des informations détaillées, veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments, www.documed.ch.

En cas de besoin, des copies des publications d'études peuvent être demandées à l'adresse ci-dessous. Titulaire de l'autorisation: MSD Merck Sharp & Dohme AG, Werftestrasse 4, 6005 Lucerne.

® Marque déposée de MSD Merck Sharp & Dohme AG. Copyright © 2012 MSD Merck Sharp & Dohme AG.

WOMN-1024175-0000 Exp. 12.2013

MSD

MSD Merck Sharp & Dohme AG
Werftestrasse 4, 6005 Lucerne

NUVARING®

«NON à la clause du besoin!»

Je me souviens de ce slogan que nous acclamions en 2002 dans les rues de Lausanne. J'étais à cette époque étudiant en 2e année de médecine. Une dizaine d'années plus tard, me voilà médecin assistant en 6e année de spécialisation de gynécologie-obstétrique au CHUV. Qu'est ce qui a changé durant cette période? Ou plutôt, qu'est ce que la première clause du besoin et ses reconductions ont apporté de bénéfique à notre système de santé? A en croire les statistiques, mais également notre expérience sur le terrain, pas grand chose…

Dr Nicolas Moser CHUV

L'introduction de la clause du besoin avait pour but de prévenir l'arrivée excessive de médecins indépendants étrangers dans le contexte de la ratification des accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes. Nonobstant le moratoire, la Suisse a reconnu 14 852 diplômes de médecins étrangers entre 2002 et 2012 et 8000 d'entre eux se sont installés en Suisse. Ils représentent actuellement 25% des médecins installés. Parallèlement, 850 médecins suisses sont formés chaque année dans nos universités…

Après une formation pré- et postgraduée passionnante mais éreintante, quelles sont nos perspectives d'avenir si nous ne pouvons pas nous installer? Rester à l'hôpital et continuer à se former et à se spécialiser? Ne risquons nous pas de créer toute une génération de médecins hyperspécialisés avec comme corollaire une augmentation des coûts de la santé?

Il est en effet contradictoire d'affirmer que plus il y a de médecins spécialisés et plus les coûts de la santé augmentent et de proposer comme unique solution un moratoire sur l'ouverture des cabinets. Que se passera-t-il dans quelques années quand nous pourrons à nouveau nous installer et que nous aurons tous une spécialisation au minimum? Ne devrions-nous pas plutôt revaloriser le métier de gynécologue-obstétricien généraliste et nous battre pour faire partie des médecins de premier recours?

Reste la question de la fin du moratoire dans trois ans qui risque de n'être que la répétition de ce qui se passe aujourd'hui avec une explosion du nombre de demandes d'installation en cabinet. Aurons-nous mis sur pied un système permettant d'éviter ces requêtes? Au vu de l'expérience passée, il est permis d'en douter. On parle de «régulation» et non d'«interdiction». Régulation du nombre de médecins installés, de la spécialisation choisie… On joue sur les mots! Il est de plus en plus difficile de réussir les premières années de médecine puis de se former en gynécologie-obstétrique et maintenant de s'installer dans son cabinet. N'est-il pas le moment de se battre pour garder une profession dite libérale?

On peut également se poser une question plus cruciale: quelle est encore notre place dans la société? Tous les jours nous perdons des privilèges acquis par nos aînés. Les patients mais également les collègues soignants nous respectent de moins en moins. Nous passons la majorité de notre temps à faire des tâches administratives, à répondre à des assurances ou à justifier nos décisions. Nous ne sommes malheureusement pas capables de nous serrer les coudes et de valoriser notre travail. Pouvons-nous donc en vouloir à ceux qui essaient de nous marcher dessus? Il n'existe probablement pas de solution miracle à cette problématique multifactorielle. Je peux seulement affirmer qu'en tant que jeune médecin en formation, je suis non seulement inquiet pour le futur de notre spécialisation mais surtout pour la qualité de la prise en charge de nos patientes. N'est-ce pas là le principal?

Zusammenfassung

Der Zulassungsstopp für ärztliche Praxen bereitet den jungen Medizinern in Ausbildung grosse Sorgen: Zum einen um die Zukunft ihres Fachgebiets, der Gynäkologie und Geburtshilfe, und zum anderen um die Qualität der Versorgung ihrer künftigen Patienten. Denn welche Zukunftsperspektiven bieten sich ihnen? Müssen sie in den Spitälern bleiben und sich dort weiter ausbilden und spezialisieren? Laufen wir nicht Gefahr, dass wir eine ganze Generation höchst spezialisierter Ärzte heranziehen, was als Nebeneffekt die Gesundheitskosten in die Höhe treiben wird?

Pénurie ou pléthore médicale? Regards croisés entre le Québec et la Suisse

Suite à un échange de courriels avec Mme M. Hodel au sujet d'un article du Bulletin des Médecins Suisse sur l'émigration des médecins titulaires d'un diplôme fédéral [1], je me permets, à nouveau[2], de partager mon expérience de clinicien ayant pratiqué en Suisse et au Canada.

Philippe Sauthier MD, CHUM Montréal

Le Québec a instauré un système de santé dit «universel» et public depuis 1971 avec une assurance unique gouvernementale. Le contrôle de l'État est omniprésent et la santé reste, comme ailleurs, un enjeu politique et financier de tous les instants. Le Québec est la province canadienne qui dépense le moins en santé par habitant, mais c'est aussi celle qui utilise le mieux chaque dollar investi, conclut, en 2013, une étude de l'Institut Fraser[3]. En raison de sa bonne performance dans toutes les catégories et des coûts peu élevés, le Québec s'est donc vu accorder une note parfaite pour l'aspect coût-bénéfice. Est-ce vraiment la seule réalité et la plus importante dans l'établissement de la valeur d'un système de santé?

Au Québec, les 4 facultés de médecine sont en charge de la formation médicale pré-, post-graduée et continue et appliquent les standards de qualité pour chaque discipline médicale selon les normes du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. En Suisse, la formation des médecins est sanctionnée par des objectifs (stages, catalogue d'interventions, etc.) alors qu'au Québec elle est validée depuis 2005 par des compétences (collaboration, communication, érudition, gestion, professionnalisme et promotion de la santé)[4]. Le Québec base ainsi ses critères de formation davantage sur le «savoir agir» que sur le «savoir faire» tel que pratiqué en Suisse. En outre, alors qu'en Suisse les places de formation dans les hôpitaux résultent de démarches personnelles, il existe un plan d'effectifs étatique annuel pour l'ensemble des Universités québécoises. Deux conséquences à cette organisation au Québec: l'indépendance et la qualité de la formation (séparation des pouvoirs entre université et hôpital) ainsi qu'un contrôle global des effectifs, entraînant d'ailleurs souvent une pénurie!

Fig. 1

Données démographiques 2009 des soignants et espérance de vie

		Canada	Suisse
Médecins pour 1000 habitants		1.98	4.07
Infirmiers/sages-femmes pour 1000 habitants		10.43	16.46
Ratio soignants/médecins		5.30	4.00
Espérance de vie à la naissance	Globale	81 ans	82 ans
	Homme	79 ans	80 ans
	Femme	83 ans	84 ans
Espérance de vie à l'âge de 60 ans	Globale	24 ans	25 ans
	Homme	23 ans	23 ans
	Femme	26 ans	26 ans

En 2012, on dénombre 484 gynécologues au Québec et 1390 en Suisse[5,6], soit presque trois fois plus (x 2.87) pour la même population, mais sur un territoire 38 fois plus petit! En 2008, le Québec comptait 2.13 médecins pour 1000 personnes, soit 1.03 généralistes et 1.10 spécialiste[7]. En 2012, la Suisse compte 3451 médecins généralistes sur 24 174 médecins inscrits à la FMH[6]. Les médecins de famille représentent 48,4% des médecins au Québec contre 14,3% en Suisse. Ce sont des différences significatives!
L'OMS, dans son rapport de 2012, a publié les données démographiques des soignants et l'espérance de vie caractérisant la Suisse et le Canada de 2009 [8,9]. Ces chiffres, analysés sur 40 ans, sont confirmés par une analyse publiée dans le Lancet en décembre 2012, (cf. figure 1)[10].

Le «Commonwealth Fund International Health Policy Survey» a démontré en 2012 qu'en Suisse, 92% des patients de plus de 18 ans ont accès à un médecin le jour même ou le lendemain de leur demande contre 32% seulement au Québec. Le nombre moyen de jours d'attente pour avoir un rendez-vous avec un

Pléthore au Québec – Les chuchoteuses
(Bélanger, Montréal, 2004)

spécialiste est de 82,6 jours alors qu'il est de 13,4 en Suisse [11, 12]. Cela entraîne de longues listes d'attente au Québec, que ce soit dans les salles d'urgence, pour être opéré ou même pour voir un médecin de famille! Mais ce système de soins offre, malgré les délais de prise en charge, des soins relativement identiques quel que soit le statut social, en particulier lors d'urgence vraie ou de pathologies sévères. Les patients ont toujours accès directement et selon leur libre choix à un médecin formé. Il n'est en effet pas légal qu'un patient soit suivi en ambulatoire, à l'hôpital ou même opéré par un ou des médecins en formation sans la présence continue du médecin formé de son choix. Les compétences des médecins sont ainsi maintenues par cette exposition clinique constante et intense, ce qui n'est pas forcément le cas dans les hôpitaux suisses, universitaires en particulier. Le système suisse assure, par le nombre de ses médecins, une accessibilité et un très haut standard de qualité, mais qui n'est pas égal pour tous, car dépendant du type d'assurance. Cela entraîne aussi un fractionnement de l'expérience clinique.

Le coût du système de santé en 2009 est nettement plus élevé (x 1.6) en Suisse (7185 US$/hab.) qu'au Canada (4519 US$/hab.)[13]. Les médecins, partout au Québec, sont rémunérés à l'acte, y compris ceux qui

Zusammenfassung

Zwischen dem Schweizer und dem Quebecer Gesundheitssystem gibt es bezeichnende Unterschiede. So zählte man 2012 in Quebec 484 Gynäkologen, in der Schweiz hingegen 1390, also fast dreimal so viele bei gleicher Bevölkerungszahl, jedoch auf einem 38-mal kleinerem Gebiet. Während in Quebec 2.13 Ärzte pro 1000 Einwohner gezählt wurden (nämlich 1.03 Allgemeinärzte und 1.10 Fachärzte), kommt die Schweiz auf 3451 Allgemeinärzte von 24 174 bei der FMH registrierten Ärzten. Somit repräsentieren die Hausärzte 48,4% der Quebecer Ärzte gegenüber 14,3% der Schweizer Ärzte. Zudem können laut einer Studie aus dem Jahr 2012 92% der über 18-jährigen Schweizer Patienten noch am Tag der Anfrage oder am Folgetag einen Arzt aufsuchen, während dies in Quebec nur bei 32% möglich ist. Die durchschnittliche Wartezeit für einen Termin beim Facharzt beträgt dort 82,6 Tage, in der Schweiz sind es dagegen nur 13,4 Tage. Ausserdem lagen die Ausgaben im Gesundheitswesen im Jahr 2009 in der Schweiz mit 7185 US$ pro Einwohner deutlich höher (x 1.6) als in Kanada mit 4519 US$ pro Einwohner. Die ärztliche Vergütung erfolgt in ganz Quebec nach Einzelleistungen, dies gilt auch für Ärzte, die ausschliesslich in Krankenhäusern und Universitätsspitälern tätig sind. Eine kombinierte Vergütung mit Anwesenheitspauschale und Einzelleistungsvergütung ist zwar möglich, mindert aber den Wert der Einzelleistung erheblich. Kein Klinikarzt bezieht ein Gehalt seitens der Klinik oder der Regierung. Durch dieses Vergütungsmodell wird die klinische Produktivität aller Ärzte bei gleichzeitiger Kostenkontrolle gewährleistet.

travaillent exclusivement à l'hôpital, dont les universitaires. Une rémunération mixte, associant un forfait journalier de présence à une rémunération à l'acte est possible mais la valeur de l'acte est alors nettement diminuée. Aucun médecin clinicien ne reçoit de salaire de la part de l'hôpital ni du gouvernement. Ce mode de rémunération assure une productivité clinique de tous les médecins en contrôlant les coûts. Les gynécologues québécois ne sont pas à plaindre puisque leur revenu moyen en 2011 a été de 423 607 CAN$ (env. 390 070 CHF)[14] comparé au revenu moyen des gynécologues suisses en pratique privée qui était de 236 000 CHF en 2009 selon la FMH[15]. Il faut tenir compte, en outre, que le coût de la vie est nettement moins élevé au Québec qu'en Suisse! Il est établi, depuis longtemps, que les coûts de la santé ne pourront être maîtrisés que si l'ensemble des partenaires du système de soins se mobilise. Les soins de base (dépistage, contrôles gynécologiques et obstétricaux, contraception, soins simples, etc.), pourraient être assurés par des professionnels (infirmières, sages-femmes) bien formés mais beaucoup moins dispendieux pour la société que les médecins. Les médecins pourraient alors être employés pour leurs compétences spécifiques (généralistes, spécialistes, ou sur-spécialistes), car il est indéniable qu'il n'est pas nécessaire de faire 12 ans de formation universitaire pour effectuer un Pap-Test!

L'augmentation vertigineuse des postes de médecins en formation en Suisse fait craindre pour l'avenir de ces médecins et l'équilibre des forces en présence. Au HUG, il y avait 26.5 postes d'internes/chefs de clinique en 1999 et 51.4 en 2012[16] (Nous n'étions que quatre chefs de clinique en 1991 au CHUV!). Voici, pour comparaison, la répartition des médecins entre les départements de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital St-Justine (HSJ) de Montréal[17] (env. 4000 accouchements/an dont 42% de pathologiques) et celui des HUG. Il y a environ un médecin cadre pour un médecin en formation à l'HSJ et un médecin cadre pour cinq médecins en formation au HUG (cf. figure 2)!

Fig. 2

Comparaison de la répartition des médecins entre l'HSJ au Québec et l'HUG en Suisse

Départements	HSJ (Québec)	HUG (Suisse)
Médecins cadre	20	11
Chefs de clinique / fellow	4	20
Internes / résidents	12	32
Ratio étudiants / enseignant	0,8	4,7

En Suisse, tout comme au Québec, les gynécologues formés devraient avoir accès à tous les milieux, ambulatoires ou hospitaliers, public ou privé. Cela permettrait de réduire le nombre de médecins en formation dans les hôpitaux, tout en assurant les services cliniques de qualité. Les médecins hospitaliers, universitaires en particulier, devront toutefois accepter d'assurer parfois des tâches cliniques de base tout en garantissant des corridors de service efficaces pour centraliser les patients qui nécessitent des soins sur-spécialisés.

Pour combler le déficit du nombre de gynécologues, le nombre global de places de formation (d'une durée de cinq ans) a été progressivement augmenté ces dernières années dans l'ensemble du Québec pour atteindre 121 postes en 2013 (Université de Montréal 40, McGill 35, Québec 26, Sherbrooke 20), cela correspond à 24 nouveaux gynécologues par année. Mais ce nombre va être stabilisé voire même réduit dans les années à venir. Le Québec va modérément augmenter le nombre de ses médecins mais privilégier

Il est nécessaire de remettre au centre l'utilité de la prestation en y associant les paramètres de la qualité, de l'efficacité et de l'économicité.

le nombre de soignants (infirmières, sages-femmes, optométristes, audiologistes, etc., cf. figure 1) pour contrôler les coûts sans diminuer les services! Il est probable que la Suisse devrait réviser l'efficience de son corps médical plutôt que son nombre comme l'indiquait déjà en 2011 le Rapport du Conseil fédéral «Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours» en réponse à la motion de la Conseillère nationale Jacqueline Fehr de 2008[18].

Comme l'a dit M. Charles Kleiber sur les ondes de la Radio Suisse Romande le 14 janvier 2013: «il est nécessaire de remettre au centre l'utilité de la prestation en y associant les paramètres de la qualité, de l'efficacité et de l'économicité». Les principes de management collaboratif se développent dans de multiples domaines de l'économie et renforcent ainsi

Pléthore médicale

la «co-révolution» qui est en cours[19]. L'herbe n'est pas plus verte au Québec qu'en Suisse (et la neige n'y est pas plus blanche!). La Suisse est un pays riche avec des moyens financiers bien supérieurs à ceux du Québec et du Canada et permet d'envisager un système de santé différent du nôtre. Personne ne détient la «vérité» ni la «solution» mais force est de constater que nous sommes autant responsables de la formation des futurs médecins que d'assurer des soins de qualité pour tous, compte tenu des moyens financiers à notre disposition. Dans les pays développés, augmenter le nombre de médecins ou le budget de la santé ne change probablement pas l'espérance de vie, mais cet accroissement, s'il est envisagé comme en Suisse, devrait aller de pair avec une amélioration du bien-être des patients plutôt que celui des médecins.

Et si la pénurie des uns s'arrêtait là où commence la pléthore des autres?

Bibliographie

1. Hodel M, Kauer D. L'émigration des médecins titulaires d'un diplôme fédéral. Bulletin des médecins suisses 2012;93:44;1606-08.
2. Sauthier P. L'herbe est-elle plus verte ailleurs? Rev Med Suisse 2008; 4: 1775-6.
3. Bacchus Barua. Provincial Healthcare Index 2013. Fraser Institute. January 2013
4. Frank, JR. (réd.). 2005. Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins.
5. Association des Obstétriciens Gynécologues du Québec (AOGQ), communication personnelle, 2013
6. http://www.fmh.ch/files/pdf7/C_Fachorganisationen_2012.pdf
7. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/quebec_stat/con_sys/con_sys_fs.htm
8. OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2012. Personnel de santé, infrastructures et médicaments essentiels. P. 120-133.
9. OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2012. Espérances de vie et mortalité. P. 51-62.
10. Wang H et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380: 2071–94.
11. Commonwealth Fund International Health Policy Survey: enquête sur les médecins de premier recours. Bulletin des médecins suisses 2012; 47: 1732-1734.
12. Le commissaire à la santé et au bien-être. Info-performance. Améliorer l'accès aux services de première ligne et aux soins spécialisés. Octobre 2012, Bulletin N°5.
13. OMS. Statistiques sanitaires mondiales 2012. Dépenses en santé. Pages 133-145.
14. http://santeinc.com/2013/01/statistiques-salariales-medicales-2011/
15. Kraft E, Laffranchi R. Revenus des médecins indépendants: validation des résultats. Bulletin des médecins suisses. 2012;93: 38.
16. Petignat P, communication personnelle, 2013.
17. Leduc L, communication personnelle, 2013.
18. Rapport du Conseil fédéral. Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours. 2011.
19. Anne-Sophie Novel, Stéphane Riot. Vive la Co-révolution, Pour une société collaborative. Éditions Alternatives. 2012.

Petite enfance et fumée passive, abordons la question!

Claudia Véron et Karin Zürcher CIPRET-Vaud

Un guide à l'intention des professionnel-le-s de la santé du domaine de la petite enfance

La nocivité du tabagisme passif est maintenant bien connue. Elle l'est particulièrement pour les enfants, notamment en bas âge. Pour sensibiliser les parents et les proches à cette problématique, le CIPRET-Vaud (Centre d'information pour la prévention du tabagisme vaudois) a développé un projet avec la collaboration de professionnels de la santé du domaine de la petite enfance.

Un groupe de travail interdisciplinaire (sages-femmes, infirmières en pédiatrie, infirmières petite enfance, pédiatres et gynécologues-obstétriciens) a développé un guide (32 pages) Petite enfance et fumée passive, abordons la question! (pdf, 31 p., 1,8 MB) à destination des professionnels de la santé. Au sommaire: principaux faits, pistes pour aborder la question, réponses aux fausses-croyances, obstacles et sources d'informations supplémentaires; le tout pour les soutenir dans leur activité d'information et de sensibilisations. Des séances d'information sont réalisées auprès des différents corps professionnels et des différentes institutions partenaires. Un dépliant d'information Protégeons les enfants de la fumée passive à distribuer aux parents a également été créé à cette occasion.

Information et commande
de la brochure et du flyer
CIPRET-Vaud, Ligues de la santé
021 623 37 42
info@cipretvaud.ch

» Projekt Kind «
Dialoge zur Reproduktionsmedizin
13. | 14. September 2013
Festspielhaus Bregenz

mit Prof. Carl Djerassi
dem „Vater der Pille"

Bodenseedialoge
2013
4-Länder-Fachtagung
zu interdisziplinären Fragen
der Frauenheilkunde

Top-ReferentInnen aus Medizin, Psychologie und Ethik im Dialog.
Programm und Anmeldung: www.bodenseedialoge.li

Eine Initiative von schwanger.li

unterstützt durch gynécologie suisse OEGGG BREGENZ Vorarlberg unser Land

atelier stecher

Implanon NXT®

68 mg etonogestrel implant

Verhütung. 1 mal. 3 Jahre.

(keine massstabsgetreue Abbildung des Implantats)

Die innovative Weiterentwicklung

- ✓ Einfache und schnelle Anwendung mit Implanon NXT® Applikator[1]
- ✓ Mehr Optionen bei der Lokalisation durch röntgendichtes Implantat[1, 2]

Kurzfachinformation: Implanon NXT®; Zusammensetzung: Etonogestrel, **Hilfsstoffe:** Bariumsulfat, Ethylen-Vinylacetat-Copolymer. Implantat (Länge: 4 cm, Durchmesser: 2 mm) mit 68 mg Etonogestrel für die subkutane Anwendung. **Indikation:** Hormonale Kontrazeption. **Dosierung/Anwendung:** Implanon NXT® ist ein Langzeit-Kontrazeptivum. Implanon NXT® ist ein biologisch nicht abbaubares, röntgendichtes, biegsames Implantat zur subkutanen Anwendung, das in der Nadel eines sterilen Applikators enthalten ist. Implanon NXT® soll spätestens nach 3 Jahren entfernt werden. **Kontraindikationen:** akute venöse oder arterielle thromboembolische Erkrankungen, erwiesene oder vermutete sexualhormon-sensitive Tumore, ungeklärte vaginale Blutungen, bestehende oder vorausgegangene schwere Lebererkrankung, solange abnorme Leberfunktionsparameter bestehen, benigne oder maligne Lebertumore, erwiesene oder vermutete Schwangerschaft, Überempfindlichkeit gegenüber einer der Komponenten von Implanon NXT®. **Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen:** Sofortiges Absetzen bei Auftreten von Ikterus, Hepatitis oder generalisiertem Pruritus, erstmaligem Auftreten oder Exazerbation migräneartiger Kopfschmerzen, häufigerem Auftreten oder ungewohnt starkem Auftreten von Kopfschmerzen, Hinweise für thromboembolische Erkrankungen (einschliesslich Myokardinfarkt oder Schlaganfall), akuten Seh-, Hör- oder Sprachstörungen und sonstigen sensorischen Ausfällen sowie bei anderen Symptomen, welche auf eine zerebrale Ischämie hindeuten, stärkerem Blutdruckanstieg, längerdauernder Immobilisierung, Zunahme epileptischer Anfälle, nachgewiesenem therapieinduziertem Wachstum existierender Tumore, Überempfindlichkeitsreaktionen. Interaktionen: Die gleichzeitige Anwendung von Enzyminduktoren wie Phenytoin, Barbituraten, Primidon, Carbamazepin, Rifampicin, Oxcarbazepin, Topiramat, Felbamat, Griseofulvin und Hypericum (Johanniskraut)-Präparaten kann die Clearance von Sexualhormonen erhöhen. **Unerwünschte Wirkungen:** Häufigste unerwünschte Wirkungen waren: Kopfschmerzen, Akne, Vaginitis, Gewichtszunahme, Brustspannen und Brustschmerzen und unregelmässige Blutungen. Häufige unerwünschte Nebenwirkungen waren: Veränderungen des Appetits und Gewichtsabnahme, Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmungen, Nervosität, Schwindel, Hitzewallungen, Abdominalschmerzen, Übelkeit, Flatulenz, Alopezie, Dysmenorrhoe, Amenorrhoe, Ovarialzysten und verminderte Libido. **Hinweise für die Handhabung:** Das Einsetzen und Entfernen bzw. Ersetzen von Implanon NXT® muss unter aseptischen Bedingungen und nur von einem mit der Technik vertrauten Arzt, unter Verwendung des mitgelieferten Applikators, der das Implantat in einer Nadel enthält, erfolgen. Das Vorhandensein des Implantats sollte mittels Palpation sofort nach dem Einsetzen überprüft werden. Falls das Implantat nicht palpiert werden kann oder wenn man nicht sicher ist, dass das Implantat eingesetzt wurde, sind andere Methoden für den Nachweis des Implantats anzuwenden. Damit Implanon NXT® wieder problemlos entfernt werden kann, ist es nötig, dass es korrekt, d.h. direkt unter die Haut, eingesetzt wird. Das Risiko des Auftretens von Komplikationen ist gering, wenn die Instruktionen genau befolgt werden. Ärzte, die noch kein Implanon eingesetzt haben, sollten zuerst eine durch die Vertriebsfirma organisierte Schulung besuchen. Weitere Informationen und detaillierte Instruktionen zum Einsetzen und Entfernen von Implanon NXT® können unentgeltlich bei der Zulassungsinhaberin angefordert werden (oder siehe unter www.implanonlocalization.com). Packungen: Packung zu 1 Implantat, eingesetzt in die Kanüle eines Einweg-Applikators (B). **Zulassungsinhaberin:** MSD MERCK SHARP & DOHME AG. Ausführlichere Informationen sind dem Schweizer Arzneimittelkompendium zu entnehmen. MSD Merck Sharp & Dohme AG. Werftestrasse 4. 6005 Luzern, Schweiz.

Selected Safety Information: Implanon NXT®; Zusammensetzung: Etonogestrel, Implantat (Länge: 4 cm, Durchmesser: 2 mm) mit 68 mg Etonogestrel für die subkutane Anwendung. **Indikation:** Hormonale Kontrazeption. **Kontraindikationen:** akute venöse oder arterielle thromboembolische Erkrankungen, erwiesene oder vermutete sexualhormon-sensitive Tumore, ungeklärte vaginale Blutungen, bestehende oder vorausgegangene schwere Lebererkrankung, solange abnorme Leberfunktionsparameter bestehen, benigne oder maligne Lebertumore, erwiesene oder vermutete Schwangerschaft, Überempfindlichkeit gegenüber einer der Komponenten von Implanon NXT®. **Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen:** Vor der Verwendung von Implanon NXT® ist eine Schwangerschaft auszuschliessen. Die Anwenderin ist darauf hinzuweisen, dass Implanon NXT® keinen Schutz vor einer HIV-Infektion (AIDS) oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten bietet. 3 Monate nach dem Einsetzen von Implanon NXT® sollte eine erste Kontrolluntersuchung inkl. Blutdruckmessung durchgeführt sowie die Anwenderin über evtl. aufgetretene Nebenwirkungen oder Beschwerden befragt werden. Die Häufigkeit und Art der weiteren regelmässigen Kontrolluntersuchungen sollten unter Berücksichtigung individueller und medizinischer Gesichtspunkte erfolgen. Sofortiges Absetzen bei Auftreten von Ikterus, Hepatitis oder generalisiertem Pruritus, erstmaligem Auftreten oder Exazerbation migräneartiger Kopfschmerzen, häufigerem Auftreten oder ungewohnt starkem Auftreten von Kopfschmerzen, Hinweise für thromboembolische Erkrankungen (einschliesslich Myokardinfarkt oder Schlaganfall), akuten Seh-, Hör- oder Sprachstörungen und sonstigen sensorischen Ausfällen sowie bei anderen Symptomen, welche auf eine zerebrale Ischämie hindeuten, stärkerem Blutdruckanstieg, längerdauernder Immobilisierung, Zunahme epileptischer Anfälle, nachgewiesenem therapieinduziertem Wachstum existierender Tumore, Überempfindlichkeitsreaktionen. **Vaskuläre Risikofaktoren und Komplikationen:** Epidemiologische Studien zeigen ein erhöhtes Risiko venöser und arterieller thrombolischer Erkrankungen (wie z.B. tiefe Beinvenenthrombose, Lungenembolie, Myokardinfarkt oder Apoplexie) bei der Anwendung von kombinierten oralen Kontrazeptiva (COCs). Die klinische Relevanz dieser Studienergebnisse für Etonogestrel bei alleiniger Anwendung als Kontrazeptivum ohne Kombination mit einer estrogenen Komponente ist unbekannt. Nach der Markteinführung wurde bei Frauen, die das nicht röntgendichte Implanon verwendet haben, über schwere Fälle von arteriellen und venösen thromboembolischen Ereignissen berichtet, darunter Lungenembolien (einige tödlich), tiefe Venenthrombosen, Myokardinfarkte und Schlaganfälle. Bei Raucherinnen, die hormonale Kontrazeptiva anwenden, besteht ein erhöhtes Risiko für venöse Thromboembolien, Myokardinfarkte oder zerebrovaskuläre Insulte. Das Risiko nimmt mit zunehmendem Alter und steigendem Zigarettenkonsum zu. Frauen, die 35 Jahre oder älter sind, sollten deshalb nicht rauchen, wenn sie hormonale Kontrazeptionsmethoden anwenden. Auch das Vorliegen einer Adipositas (BMI >30 kg/m²) sowie eine positive Familienanamnese erhöht das Risiko für thromboembolische Ereignisse. **Tumorerkrankungen:** Das Risiko für Mammakarzinome steigt mit dem Alter. Während der Anwendung von (kombinierten) oralen Kontrazeptiva (COCs) ist das Risiko der Diagnose eines Mammakarzinoms leicht erhöht. Nach Absetzen der COCs nimmt das erhöhte Risiko kontinuierlich innerhalb von 10 Jahren ab. **Andere Hinweise:** Das Risiko einer ektopischen Schwangerschaft ist unter herkömmlichen Gestagen-Mono-Präparaten höher als bei Anwendung von COCs, was mit den häufig auftretenden Ovulationen und der verlangsamten Tubenperistaltik unter der Anwendung von Gestagen-Präparaten in Verbindung gebracht wurde. **Unerwünschte Wirkungen:** Häufigste unerwünschte Wirkungen waren: Kopfschmerzen, Akne, Vaginitis, Gewichtszunahme, Brustspannen und Brustschmerzen und unregelmässige Blutungen. Häufige unerwünschte Nebenwirkungen waren: Veränderungen des Appetits und Gewichtsabnahme, Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmungen, Nervosität, Schwindel, Hitzewallungen, Abdominalschmerzen, Übelkeit, Flatulenz, Alopezie, Dysmenorrhoe, Amenorrhoe, Ovarialzysten und verminderte Libido. **Zulassungsinhaberin:** MSD MERCK SHARP & DOHME AG. Ausführlichere Informationen sind dem Schweizer Arzneimittelkompendium zu entnehmen. MSD Merck Sharp & Dohme AG. Werftestrasse 4. 6005 Luzern, Schweiz.

Kopien der Studienpublikationen können bei Bedarf unter der unten angegebenen Adresse angefordert werden. Konsultieren Sie bitte vor einer Verschreibung die ausführlichen Informationen der im Arzneimittel-Kompendium der Schweiz publizierten Fachinformation.

WOMN-1047425-0008

Referenzen/Références: 1. Mansour D, Mommers E, Teede H, et al. Clinician satisfaction and insertion characteristics of a new applicator to insert radiopaque Implanon: an open-label, non- controlled, multicenter trial.Contra-ception. 2010 Sep;82(3):243–9. **2.** Arzneimittel-Kompendium der Schweiz, publizierte Fachinformation von Implanon NXT®, www.documed.ch.

MSD

© MSD Merck Sharp & Dohme AG, Werftestrasse 4, 6005 Luzern, Schweiz. Alle Rechte vorbehalten.

«Gebären im Wallis ist nicht anders als anderswo!»

Im Wallis mit seinen 300 000 Einwohnern kommen pro Jahr rund 2500 Kinder zur Welt. Laut Franz Burgener gibt es heutzutage keinen Unterschied mehr, ob in Sion oder in Zürich geboren wird.

Forum **Herr Burgener, Sie sind einer der 30 Walliser Frauenärzte. Gibt es tatsächlich keine Unterschiede zwischen der Geburtshilfe im Wallis und anderen Kantonen?**

Franz Burgener Das Wallis liegt zwar in den Bergen, aber nicht hinter den Bergen – das gilt auch für die Geburtshilfe. Gebären ist heutzutage eine ärztliche Sache und so gebären auch die Walliserinnen ihre Kinder in einer der drei Geburtskliniken der Region: In Sion, welche die drittgrösste Geburtsklinik des Welschlandes ist, in Visp oder in Aigle, das an der Kantonsgrenze zum Waadtland liegt. Wie alle Fachärzte wurden auch wir Walliser Gynäkologen und Geburtshelfer an Schweizer Zentrumsspitälern ausgebildet. Diese Schulen prägten uns, deshalb haben alle eine ähnliche Philosophie. Selbstverständlich haben wir diese im Laufe der Jahre mit unseren Erfahrungen ergänzt.

...die da wären?

In St. Gallen wurde beispielsweise eine Epiduralanästhesie nur bei einer klaren medizinischen Indikation gemacht. Da ich dort ausgebildet wurde, segelte auch ich unter dieser Flagge. Als ich nach Sion kam, merkte ich, dass die Westschweiz proaktiver mit der Schmerztherapie umging. Praktisch jede Frau bekam hier eine «Peridurale». So ging auch ich über die Bücher und überlegte mir, was ich mit meiner Überzeugung den Frauen aufbürdete.

Eine Walliser Hebamme Adaline Favre hat ein Buch über ihre Arbeit geschrieben. Vor 100 Jahren gingen die Geburtshelferinnen noch von Haus zu Haus bis ins hinterste Seitental.

Ein wirklich eindrückliches Buch, das wohl noch das heutige Klischee vom Gebären im Wallis prägt. Mit dem Fortschritt der Medizin hat sich das aber auch hier geändert und Hausgeburten gibt es keine mehr. In Sion gibt es seit kurzem wieder ein Geburtshaus. Da mein Credo «Safety first» ist, stehe ich dem aber kritisch gegenüber. Zudem stört mich deren positive Selektion, die jeweils medial vermarktet wird. Ohne öffentliche Geburtskliniken im Hintergrund sähe dies anders aus. Meine Erfahrung hat mich schliesslich gelehrt, dass jede Geburt Überraschungen bergen kann.

Haben Sie kein Verständnis dafür, dass Frauen nicht im Spital gebären wollen?

Gebären ist eine sehr anstrengende Sache. Daher mag es sicher richtig sein, dass wir die Spitalgeburt wieder «enttechnisieren» müssen. Der reine Fokus auf die Umgebung ist aus meiner Sicht aber die falsche Methode. In St. Gallen war der Gebärsaal im fünften Stock. Es gab so viele schöne Sonnenuntergänge zu sehen. Wenn wir die Gebärenden aber fragten, erinnerten sie sich nie daran. Daher gilt für mich: Ob die Wände gekachelt sind oder Kerzen brennen, gebären tut immer weh und verlangt von den werdenden Müttern eine ganz besondere Anstrengung.

Was meinen Sie dann mit «enttechnisieren»?

Einerseits geht es mir um den Beistand für die Frau, die in den Wehen liegt. Hier ist die Anwesenheit der Hebamme und des Arztes wichtig. Meine Haltung ist es, dass wir Schwangere im Gebärsaal nicht alleine lassen. Wir müssen das mittragen und mit der Gebärenden aussitzen. Das gibt Zuversicht und beeinflusst

Dr. Franz Burgener

Dr. Franz Burgener, 64, ist Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe. Er ist seit 1985 Belegarzt und Chefarzt am Spital Sion und führt gleichzeitig eine Frauenarztpraxis im Stadtzentrum von Sion. Der gebürtige Walliser studierte in Zürich und absolvierte seine Weiterbildung in St. Gallen, die er zuerst mit dem Ziel der Allgemeinmedizin begann und sich dann für die Spezialisierung als Frauenarzt entschied.
Es begeistert ihn bis heute, in diesem Beruf das Handwerk, den Kopf und auch das Emotionale miteinander zu kombinieren. Franz Burgener ist verheiratet und hat zwei erwachsene Söhne. Insgesamt hat Dr. Burgener in seinen Berufsleben an die 6000 Geburten begleitet.

Dr. Burgener mit seiner Ehefrau Gaby Burgener, die in der Praxisadministration mitarbeitet

den Verlauf der Geburt. Andererseits ist die Anerkennung der Leistung wichtig. Die Schmerzen und Qualen haben ja den Zweck, ein Kind zu bekommen. Der Prozess dient also dem Wohl des Kindes. Unsere Erfahrung hat uns gezeigt, dass Geburten von den Frauen jedoch eine Auf- und Verarbeitung verlangen. Als Geburtshelfer nehmen wir da eine bedeutende Rolle ein.

Ein Kaiserschnitt würde da vieles vereinfachen, nicht umsonst wird das in Privatspitälern sehr häufig gemacht. Wie ist die Walliser Praxis?
Die Kaiserschnittrate bei uns liegt bei 23%, also eher unter dem Durchschnitt. Meiner Meinung nach wird diese Rate vor allem durch die Erfahrung des Geburtshelfers beeinflusst. Wobei bei einem kleinen Anteil immer diskutiert werden kann, ob die Indikation nötig war – auch bei mir. Doch liegt es jeweils in meiner Verantwortung als Arzt. Wenn mir eine Situation nicht gefällt, muss ich in Hinblick auf die Sicherheit von Mutter und Kind entscheiden. Wunschkaiserschnitte sind bei uns aber eher selten. In dem Fall interessieren mich aber die Gründe, die eine Frau dazu bewegen.

Gerade öffentliche Debatten im Kontext der Kaiserschnittrate dreht sich vor allem um die Indikationsstellung versus dem Patientenwunsch. Was meinen Sie?
Eine gute und sichere Indikation ist das A und O. Dies gilt speziell für die Sectio. Dabei müssen wir aber immer auch die Seite der Frauen mitberücksichtigen und dürfen niemanden unsere eigenen Vorstellungen von Gebären aufzwingen. Auf eine indikationsbasierte Medizin lege ich auch als operativtätiger Facharzt Wert. Deswegen wurde ich vom Direktor des Spitals Sion nach meinem ersten Jahr als Belegarzt zitiert. Es war ihm aufgefallen, dass ich weniger operierte als mein Vorgänger. Unser Gespräch verdeutlichte ihm dann den Stellenwert der Indikation für Qualität einer Klinik. Das Thema war danach vom Tisch.

Bis heute sind Sie ein Gegner von Abtreibungen. Sehen Sie dies auch im Kontext der Indikationsstellung?
In der Tat, wenn es heute einen Grund gäbe, wieso ich heute nicht mehr Gynäkologe werden würde, sind das die Abtreibungen. Doch habe ich vier Abtreibungen gemacht. Ich konnte in diesen Fällen mein Gewissen nicht über das Leiden dieser vier Frauen stellen. Die Indikationen spielten für mich die zentrale Rolle, denn die Entscheidungsfindung war nachvollziehbar und auch für mich ethisch zu vertreten.

Sie selber stehen kurz vor der Pensionierung. Rückblickend, was ist ihr Credo für die Gynäkologie und Geburtshilfe der Zukunft?
Mir sind vor allem drei Themen wichtig. Das erste betrifft die fachliche Ausrichtung, die meiner Meinung vermehrt auf die Endokrinologie zielen muss. Das zweite zielt auf die Ausbildung und damit auf die Zukunft unseres Berufes. Ich selber engagiere mich deswegen bis heute als Instruktor von jungen Assistenzärztinnen und Assistenzärzten. Das dritte und wichtigste Thema ist der Faktor Zeit. Patientinnen brauchen Begleitung und dies braucht Zeit. Der tarifarische Wert dieser Betreuung hinkt jenem der technischen Leistungen aber mehr und mehr nach. Dies sollten wir dringend ausbalancieren – davon würden alle profitieren.

Résumé

Avec 300 000 habitants, le Valais compte 2500 naissances par an. D'après Franz Burgener, qu'on naisse à Sion ou à Zurich ne fait aujourd'hui plus de différence car les accouchements sont désormais également médicalisés dans le canton du Valais. Comme tous les spécialistes, les gynécologues et obstétriciens valaisans sont formés dans des centres hospitaliers suisses et par conséquence tous empreints de la même philosophie. Plus aucun accouchement n'a lieu à domicile. Le crédo du Dr Burgener étant «la sécurité d'abord», le médecin voit d'ailleurs cette pratique d'un œil critique. Selon lui, la gynécologie et l'obstétrique modernes doivent revêtir trois aspects importants: premièrement, la spécialité, qui doit davantage s'axer sur l'endocrinologie, deuxièmement, la formation, laquelle conditionne l'avenir de la profession et enfin, le plus important, le facteur temps. La valeur du temps utilisé tarifaire est cependant en décalage croissant avec la valeur des performances techniques accomplies; un retard qu'il convient de combler de toute urgence.

Buchempfehlung «Ich, Adeline, Hebamme» Adeline Favre besuchte Anfang des 20. Jahrhunderts in Genf die Hebammenschule. Ausgebildet kehrte sie ins Wallis zurück und arbeitete dort bis zu ihrer Pensionierung als Hebamme. Ihre Erinnerungen wurden 1982 in einem Buch veröffentlicht. ISBN 978-3-85791-581-9

Ausbildungsnetzwerke – eine erste Bilanz

Mit dem neuen Schweizer Facharzt-Curriculum für Gynäkologie und Geburtshilfe wurden im Jahr 2008 Ausbildungsnetzwerke eingeführt. In diesen sind jeweils mehrere Kliniken mit mindestens einer Kategorie A-Klinik mit dem Ziel zusammengeschlossen, die Facharztausbildung zu verbessern und zu vereinfachen. Eine vom Jungen Forum durchgeführte Umfrage gibt nun erstmals Auskunft über deren Effekt.

Dr. Ivo Fähnle Präsident Junges Forum

Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) forderte, dass sich alle Weiterbildungsstätten in Netzwerken organisieren und hat dies in ihren Bedingungen für die Anerkennung festgehalten. Dieses Anliegen wurde daher auch ins neue Facharzt-Curriculum für Gynäkologie und Geburtshilfe integriert, welches im Sommer 2008 eingeführt wurde. Die Übergangsbestimmungen legten fest, dass die Einbindung in ein Weiterbildungsnetz per 30. Juni 2011 abgeschlossen sein muss. Im Herbst 2012 – ein Jahr nach Ablauf dieser Frist – hat das Junge Forum (JFOR) eine Online-Umfrage zu den Erfahrungen mit den Weiterbildungsnetzen bei den Facharztanwärterinnen und Facharztanwärtern durchgeführt. Die Rücklaufquote betrug dabei 20%. Die Rückmeldungen der Umfrage thematisierten hauptsächlich zwei Bereiche: einerseits das Thema der Kommunikation und andererseits die Planung der Weiterbildung bzw. des Curriculums.

Unklarheiten über die Netzwerkzugehörigkeit

Es zeigte sich, dass rund die Hälfte der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte nicht wusste, welchem Netzwerk ihre Klinik angehörte. Zusätzlich gibt es eine beachtliche Anzahl, die angab, «keinem» Netzwerk anzugehören. Diese Fakten lassen vermuten, dass es noch organisatorische und kommunikative Mängel gibt. Gewisse Netzwerke kommunizieren ihre Existenz offenbar besser als andere. Ein Viertel der Befragten gab an, Vorteile durch das Netzwerk zu haben. Etwa gleich viel gaben an, ihre Weiterbildung würde durch das Netzwerk beschleunigt. Die Vorteile betrafen die Disposition des Curriculums mit erleichterter Stellenplanung, die Verfügbarkeit von Rotationsstellen und gemeinsamer Weiterbildungen sowie sonstige Optimierungen, die beispielsweise den OP-Katalog betrafen.

Planung und Kommunikation verbessern

Als Kritikpunkte oder Aspekte, die zu verbessern sind, wurde wiederholt die Curriculumsplanung und die Kommunikation genannt. Bei der Curriculumsplanung wird ein fehlendes oder eingeschränktes Mitspracherecht bei der Stellenauswahl häufig beanstandet. Betreffend Klinikprofil und Geographie wird der mangelnde Einbezug bei der Stellenvergabe kritisiert. Die Befragten forderten, dass ihre persönlichen Präferenzen bezüglich Klinik als auch Ort mehr berücksichtigt werden sollten. Schliesslich zeigt die Umfrage, dass die Netzwerke nicht einheitlich gehandhabt werden. In gewissen Netzwerken wird «ad personam» über die Aufnahme bzw. Nicht-Aufnahme

Die Umfrage verdeutlicht, dass noch Unklarheiten über die Netzwerkzugehörigkeit sowie Mängel in der Curriculumsplanung und der Kommunikation bestehen.

Andreavit®
Für einen guten Start ins Leben

Vitamine und Mineralstoffe für die Schwangerschaft

Optimal formuliert nach Dietary Reference Intakes*
für Vitamine und Mineralien:

- 11 Vitamine,
  9 Mineralstoffe und
  Spurenelemente
- Wichtige Vorteile:
  Betacarotin
  Jod
  Selen

Z: 11 Vitamine: Betacarotin, B_1, B_2, B_6, B_{12}, C, D_3, E, Folsäure, Biotin, Nicotinamid, 9 Mineralstoffe und Spurenelemente: Chrom, Eisen, Jod, Kalzium, Kupfer, Magnesium, Molybdän, Selen, Zink. **I:** Prophylaxe von Mangelerscheinungen vor, während und nach der Schwangerschaft, Prophylaxe gegen Eisenmangelanämien während der Schwangerschaft und Stillzeit. **D:** 1 Filmtablette täglich. **KI:** Gleichzeitige Einnahme anderer Vitamin D-haltiger Präparate, Hypervitaminose D, Niereninsuffizienz, Störungen des Kalziumstoffwechsels, Eisenverwertungsstörungen, Überempfindlichkeit gegenüber einem Inhaltsstoff. **UW:** Gastrointestinale Beschwerden, sehr selten allergische Reaktionen. **IA:** Tetracycline, Antiepileptika. **P:** 30 und 90 Filmtabletten. Liste C. Ausführliche Informationen im Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.

Andreabal AG, Binningerstrasse 95, 4123 Allschwil, Telefon 061 271 95 87, Fax 061 271 95 88, www.andreabal.ch

*Dietary Reference Intakes, The National Academies (www.nap.edu) 2001

ins Curriculum entschieden, andere Netzwerke organisieren sich weniger strikt. Dort kommt es zu einem lockereren Austausch von Assistenzärztinnen und Assistenzärzte zwischen Kliniken. In den Kommentaren wurde über Konfliktsituationen zwischen Netzwerk-Assistenten und «freien» Assistenten berichtet, wobei Benachteiligung oder Bevorzugungen der einen oder anderen kritisiert wurden.

Das Fazit ist positiv

Die Tatsache, dass rund ⅔ der Befragten nicht wussten, zu welchem Netzwerk sie gehören, lässt vermuten, dass diese auch keine Vorteile durch die Netzwerke feststellen können. Somit kann man annehmen, dass rund ⅔ der Netzwerk-Assistenten ihr Netzwerk als vorteilhaft beurteilen. Dies ist ein erfreuliches Ergebnis welches zeigt, dass die Netzwerke einen Zusatznutzen bringen. Informationen über die Netzwerke, welche in Zukunft online auf der SGGG-Website zu finden sein sollen, sind durch die Chefärztinnen und -ärzte geplant. Dadurch wird die Umsetzung der Netzwerke weiter optimiert werden.

Die Ergebnisse der Umfrage sind online unter www.jfor.ch › Weiterbildung zu finden.

Résumé

En parallèle du nouveau cursus suisse de spécialisation des gynécologues et obstétriciens, des réseaux de formation post-graduée ont été mis en place en 2008. Plusieurs cliniques, dont au minimum une clinique de catégorie A, s'y sont associées dans le but d'améliorer et de simplifier la formation des spécialistes. Une enquête menée par le forum jeunesse de la SSGO a permis d'en présenter les résultats et notamment de révéler un manque de clarté concernant l'appartenance au réseau ainsi que les défaillances au niveau de l'organisation et de la planification du cursus. Les personnes interrogées ont par ailleurs demandé à ce que leurs préférences personnelles concernant la clinique et le lieu de formation soient (davantage) prises en compte.

Sicherheitslücken schliessen: Korrekte Umsetzung und Anwendung der chirurgischen Checkliste

Die Zahl der Zwischenfälle in der invasiven Medizin in der Schweiz weiter senken – das ist das Ziel des neuen Pilotprogramms «Progress! Sichere Chirurgie» (2013–2015) der Stiftung für Patientensicherheit, welches unter dem Slogan «Operation Sichere Chirurgie – Profis checken!» läuft. Kernstück ist die WHO-Checkliste von 2009, die für die Schweiz adaptiert wurde.

Irene Kobler und Paula Bezzola Stiftung für Patientensicherheit

Die Anwendung der interprofessionellen chirurgischen Checkliste ist eine konkrete Massnahme, deren Wirksamkeit zur Reduktion von unerwünschten Ereignissen in der Chirurgie erwiesen ist[1]. Auch wenn die Anwendung der chirurgischen Checkliste auf den ersten Blick in der Schweiz schon recht verbreitet ist, besteht bei der Umsetzung Handlungsbedarf – auch dort, wo bereits eine Checkliste angewendet wird[2]. Für die Wirksamkeit der Checkliste ist jedoch eine konsequente, richtige und 100%-ige Anwendung bei allen Patienten unerlässlich. Um die genannten Sicherheitslücken zu schliessen und die Checkliste breit und korrekt zu verankern, startet die Stiftung für Patientensicherheit ein nationales und betriebsübergreifendes Vertiefungsprojekt zur Stärkung des Sicherheitsmanagements. Das Anwenden der Checkliste bei jeder OP soll für alle Mitarbeitenden so selbstverständlich werden, wie in der Aviatik bei jedem Flug. Das kann nur gelingen, wenn alle beteiligten Berufsgruppen den Zweck und die richtige Anwendung der chirurgischen Checkliste verstehen und von der Betriebsführung die notwendige Unterstützung erhalten. Das Vertiefungsprojekt richtet sich an interprofessionelle Projektteams (Chirurgie, Anästhesie, OP-Personal, QM und Klinikleitung) und bietet ein attraktives Programm.

Die am Vertiefungsprojekt beteiligten Pilotbetriebe können vom Projekt und von verschiedenen Angeboten der Stiftung für Patientensicherheit profitieren. Ein zentrales Element stellen die vier halbjährlich stattfindenden interprofessionellen Workshops dar. Diese dienen dem Know-how-Transfer und dem interprofessionellen Austausch. Mit der Vernetzung mehrerer Betriebe wird zudem ein gemeinsames Grundverständnis zur chirurgischen Checkliste und zum Wissen über deren Anwendung in der Schweiz geschaffen. Ein solches Grundverständnis ist bei der bestehenden hohen Fluktuation im Gesundheitswesen ein wichtiger Punkt. Zudem definieren die teilnehmenden Institutionen gemeinsame Verbesserungsziele, setzen definierte Massnahmen wie beispielsweise die betriebsinterne Wissensverbreitung oder das Training der Anwendung der Checkliste um und beteiligen sich an Evaluationserhebungen. Wissen und Einstellungen gegenüber der Checkliste, das Sicherheitsklima, der Umfang und die Qualität der Anwendung werden im Rahmen von «Progress! Sichere Chirurgie» zu mehreren Zeitpunkten explizit evaluiert.

Referenzen

1. Borchard A et al. Systematic Review of the Effectiveness, Compliance, and Critical Factors for Implementation of Safety Checklists in Surgery. Ann Surg 2012;256(6):925-33.
2. Stiftung für Patientensicherheit (CH). Patientensicherheit in der Chirurgie. Anwendung und Akzeptanz chirurgischer Checklisten in der Schweiz. Ergebnisbericht. Zürich: Stiftung für Patientensicherheit; 2013. (Der Bericht kann bei der Stiftung für Patientensicherheit angefordert werden: info@patientensicherheit.ch).

Detaillierte Informationen und Anmeldung bis 3. Juni 2013 auf www.patientensicherheit.ch

Die Grundlagen für das Vertiefungsprojekt wurden in enger Zusammenarbeit mit zahlreichen Experten aus dem Schweizer Gesundheitswesen, mit den verschiedenen Fachgesellschaften der invasiv tätigen Ärzte (inkl. SGGG), deren Dachverband fmCh und mit den Berufsverbänden des OP-Personal und Anästhesiepflege erarbeitet und in der Schrift «Operation Sichere Chirurgie» publiziert. Das Programm wurde von der Stiftung für Patientensicherheit entwickelt und wird von ihr umgesetzt. Es ist gleichzeitig Bestandteil der Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen und wird massgeblich vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) finanziert.

Kontakt Stiftung für Patientensicherheit, Paula Bezzola, MPH, Programmleiterin und stv. Geschäftsführerin, Tel. 043 244 14 80, bezzola@patientensicherheit.ch

Réduire les lacunes de sécurité: mise en œuvre et utilisation correctes de la check-list chirurgicale

Diminuer le nombre d'incidents dans la médecine invasive en Suisse: tel est l'objectif visé par le nouveau programme pilote «progress! La sécurité en chirurgie» (2013-2015) qui s'est donné pour slogan: Opération Sécurité chirurgicale – Le check des pros! Lancé par la Fondation pour la Sécurité des Patients, il repose sur la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale publiée par l'OMS en 2009, qui a été adaptée pour la Suisse.

Irene Kobler et Paula Bezzola Fondation pour la Sécurité des Patients

L'utilisation de la check-list interprofessionnelle est une mesure concrète dont l'efficacité pour réduire les événements indésirables en chirurgie a été démontrée[1]. Si cet instrument est déjà largement répandu en Suisse – ce dont on peut se réjouir –, des améliorations sont pourtant nécessaires au niveau de sa mise en œuvre, y compris dans les établissements qui l'ont déjà adoptée[2]: pour déployer ses effets, la liste doit impérativement être appliquée de manière correcte et systématique pour tous les patients (observance de 100%).

Soucieuse de combler les lacunes de sécurité existantes et de généraliser l'emploi correct de la check-list, la Fondation pour la Sécurité des Patients lance à l'intention des établissements de santé un projet d'approfondissement destiné à renforcer la gestion de la sécurité. Utiliser la liste doit devenir aussi systématique en salle d'opération que dans le cockpit d'un avion. Cet objectif ne peut être atteint que si tous les groupes professionnels impliqués en comprennent la raison d'être et si la direction propose les structures et le soutien nécessaires. Le projet s'adresse à des équipes interprofessionnelles (chirurgiens, anesthésistes, personnel opératoire, responsables de la gestion de la qualité et directions d'établissements).

Les établissements pilotes qui y participeront pourront profiter des différentes offres que la fondation mettra sur pied, notamment quatre ateliers organisés à une fréquence semestrielle. Ces rencontres seront autant d'occasions de partager des savoirs et d'échanger des expériences dans un cadre pluridisciplinaire. Le réseau ainsi créé permettra en outre de générer un noyau commun de connaissances sur la check-list chirurgicale et les modalités de son application en Suisse, un élément non négligeable au vu de la forte fluctuation du personnel que connaissent les établissements de santé.Par ailleurs, les institutions participantes fixeront ensemble des objectifs d'amélioration et introduiront des mesures définies, telles que la diffusion de connaissances au sein de l'établissement ou l'entraînement à l'utilisation correcte de la check-list. Elles prendront en outre part à des enquêtes d'évaluation uniformisées. Des données sur la transmission de savoirs et les attitudes face à la check-list, sur l'étendue et la qualité de sa mise en œuvre, ainsi que sur le climat de sécurité seront explicitement relevées à plusieurs reprises durant le projet.

Références

1. Borchard A et al. Systematic Review of the Effectiveness, Compliance, and Critical Factors for Implementation of Safety Checklists in Surgery. Ann Surg 2012;256(6):925-33.
2. Fondation pour la Sécurité des Patients Suisse. Rapport de résultats «Sécurité des patients en chirurgie. Utilisation et acceptation des check-lists chirurgicales en Suisse».
Zurich: Fondation pour la Sécurité des Patients; 2013 (le rapport peut être commandé auprès de la Fondation pour la Sécurité des Patients: info@securitedespatients.ch).

Informations détaillées et inscription jusqu'au 3 juin 2013 sur www.securitedespatients.ch

Les bases du projet ont été élaborées en étroite collaboration avec de nombreux spécialistes suisses du domaine de la santé, des sociétés de médecins pratiquant la chirurgie invasive (SSGO incluse), de leur association faîtière fmCh ainsi que des associations professionnelles du domaine opératoire et des infirmiers et infirmières anesthésistes. Elles font l'objet de la publication «Opération Sécurité chirurgicale». Le programme pilote a été développé par la Fondation pour la Sécurité des Patients, qui en assure également la mise en œuvre. Composante essentielle de la stratégie fédérale en matière de qualité dans le système de santé suisse, il est financé en majeure partie par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Contact Fondation pour la Sécurité des Patients, Paula Bezzola, MPH, responsable du programme et directrice adjointe, tél. 043 244 14 80, bezzola@patientensicherheit.ch

La Fondation – Association pour l'Activisme Humain et Culturel

Structure aussi discrète qu'efficace, La Fondation est un étonnant tremplin pour la création. Cultivés et imaginatifs en diable, ses membres sont actifs dans une foule de domaines, de l'artistique au socio-humanitaire. Performances urbaines, projets expérimentaux, création d'animations, expos, théâtre et musique classique, La Fondation s'est réjouie de fêter cette année son dixième anniversaire, avec une envie de bien faire toujours renouvelée.

Pierre-Antoine Pradervand CHUV

Fondée il y a tout juste dix ans, La Fondation est d'abord imaginée de manière tout à fait précurseur comme une sorte de réseau social (!) visant à mettre en relation des individus de tout poil, ayant le domaine artistique comme intérêt commun. De ces rencontres, espérons-nous alors, doivent naître les projets les plus fous, le réseau en soi offrant par ailleurs la possibilité d'un soutien logistique. Aucune démarche politique, religieuse ou militante ne sous-tend cette entreprise, loin s'en faut! Il s'agit simplement de réunir les conditions adéquates pour permettre au plus grand nombre d'exposer, voire de concrétiser une idée ou une envie. Il n'est pas non plus question d'élitisme ou de cercle pédant et privé, au contraire, l'ouverture est un des mots d'ordre de La Fondation. A vrai dire, la mise sur pied de l'association et sa constitution officielle n'ont pour but que de permettre sa visibilité et de donner un substrat concret à toute personne partageant nos intérêts.

Nous ne sommes et n'avons d'ailleurs jamais été une fondation, mais bien une association au sens juridique du terme.

Notre maladresse et notre idéalisme sont à l'origine de l'appellation «La Fondation». Nous ne sommes et n'avons d'ailleurs jamais été une fondation, mais bien une association au sens juridique du terme. Pour comprendre ce nom de baptême, il faut préciser qu'à la base du réseau en construction se situent des valeurs communautaires fortes, dans leur acception la plus noble, à savoir qu'il ne s'agit évidemment pas d'écraser l'individu, mais de le sublimer par ses rencontres avec autrui. Comme réalisation ultime de cette idée, nous rêvons alors d'une communauté de vie, non pas marginale et prétexte à la contemplation et à la consommation en masse de toutes sortes de psychotropes, comme certains ont pu en construire, mais active, dynamique et productive. L'association qui voit le jour est donc envisagée comme la base, la fondation de cette utopie communautaire, qui reste toutefois largement au second plan de nos objectifs.

Nos activités n'ont pour seul but que le plaisir qu'elles apportent à leurs protagonistes et, ainsi que nous l'espérons, à leurs spectateurs. Chacun est libre de concourir à l'élaboration des projets en fonction de ses perspectives et de ses possibilités. La Fondation rassemble les personnes intéressées et qualifiées, engage des moyens matériels et financiers et met à disposition les forces nécessaires à leur réalisation. Un élément décisif dans le processus de création et d'organisation est l'esprit convivial et d'ouverture dans lequel les projets sont mis sur pied, tout en visant en premier lieu leur qualité artistique. Le but de notre association est donc d'envisager l'expression artistique comme un élément nécessaire à une bonne hygiène de vie et d'offrir à chacun un espace et du soutien pour cela. Aucune aptitude particulière n'est requise pour participer aux projets et si, encore une fois, la qualité est recherchée, ce n'est pas au prix d'une professionnalisation des protagonistes. La Fondation est donc un véritable moteur de créativité ouvert aux individus de tous horizons!

Tenant son cap, La Fondation donne donc naissance au fil des ans, à des projets très variés, allant des expositions photos aux aménagements urbains, des performances théâtrales aux concerts classiques. Citons pour exemple la métamorphose des toilettes

publiques femmes d'un parc lausannois, sordides et répugnantes, qui ont été transformées par nos soins en un lieu presque cosy. Une lunette neuve sur le cabinet, des dessins au mur, du thé, des cigarettes et des herbes odoriférantes, le tout entretenu chaque jour par le créateur du lieu, ont agréablement surpris les utilisatrices. Loin d'une expédition rebutante et forcée par un besoin pressant, nos bénéficiaires ont vécu le plaisir d'une structure qui donnait presque envie de s'y attarder! Au-delà de la démarche altruiste, l'intérêt de ce projet résidait dans la planification et la réalisation de la transformation. Ensuite, évidemment, la surprise de la nécessiteuse au moment de passer la porte fait tout le charme de l'exercice. N'étant bien sûr pas sur place en permanence, un livre d'or a permis aux usagères de consigner leur expérience et, souvent, de témoigner leur gratitude. Un quotidien romand à large diffusion a d'ailleurs relayé cette action, en annonçant un vendeur «Mystère dans les toilettes des filles!» sur ses manchettes. Dans un autre registre, inspirée par L'Histoire du Soldat de Stravinsky et profitant des expériences de soudure d'un de ses membre, l'association assura pendant quatre mois, de manière hebdomadaire, une relève de la garde complètement surréaliste, à nouveau dans les jardins publics. Un soldat en faction durant une semaine se voyait ainsi relevé de son service tous les dimanche soir par un autre mannequin d'acier, au son du tambour. D'un seul promeneur de chien égaré, le cercle des fidèles s'est largement et progressivement agrandi au fil des semaines. L'exercice s'est terminé en apothéose par un spectacle faisant ressortir tous les soldats et les mêlant aux acteurs qui leur avaient donné vie pendant les relèves. Que dire, si ce n'est que ce moment nous permettait de nous retrouver le dimanche soir, et de prolonger encore de quelques minutes les délices de la fin de semaine, repoussant ainsi la grisaille du lundi.

Ces deux exemples parmi tant d'autres, illustrent bien l'esprit de ce qu'aime proposer La Fondation. Il s'agit de performances urbaines offertes au bon plaisir de chacun, spectateur fortuit et surpris, intrigué ou amusé, soudainement happé dans une parenthèse que nous espérons enchantée et décalée. Libre donc au passant de s'en détourner ou de s'en réjouir!

Sous des aspects plus traditionnels, nous avons également le plaisir de recevoir plusieurs fois par année des musiciens de renommée internationale, amis ou proches de notre association, dans un salon privé, rendu public pour l'occasion. Sans fioritures et en toute simplicité, nombreux sont les fidèles qui se réjouissent de ces moments de grande qualité musicale et d'amitié!

Enfin, notre association s'engage également pour soutenir et élaborer des projets sociaux. Nous collaborons ainsi chaque année avec le Service régional de transfusion sanguine du canton de Vaud, dans le cadre d'une grande journée publique de don de sang. Installés au centre de Lausanne dans un décor surprenant, ayant pour but de faire oublier l'image austère des blouses blanches et des aiguilles, nous lançons un appel à la solidarité, en sensibilisant les badauds à donner leurs globules. En allant ainsi à la rencontre des donneurs, nous répondons à priori à leur demande, puisque les lits de ce centre extra muros ne désemplissent pas de la journée. Relevons au passage que cette initiative à été lancée par La Fondation et qu'elle était une première sous cette forme au niveau suisse! Le succès renouvelé de cette journée et le plaisir de ses organisateurs ont permis de fêter en 2012 sa sixième édition et certainement pas sa dernière!

Die Sitftung für Menschenrechte und Kultur

Die Stiftung «La Fondation» bietet eine aussergewöhnliche Plattform für die Entwicklung von Projekten und Ideen. Man könnte fast sagen, sie wäre eine Art Vorläufer der sozialen Netzwerke. Ziel und Zweck der Stiftung ist es, Kunstprojekte jedweder Art zu unterstützen. So sind auch die Mitglieder in einer Vielzahl von Bereichen tätig – von der Kunstszene bis hin zu sozialen und humanitären Aufgaben. Alle verbindet das gemeinsame Interesse an der Kunst. Dieses Jahr feiert die in Lausanne ansässige Stiftung mit zahlreichen Veranstaltungen wie Performances, experimentelle Projekte, Animationen, Ausstellungen, Theater oder klassischer Musik ihren zehnten Geburtstag. Der Autor, Pierre-Antoine Pradervand, Assistenzarzt der Klinik für Geburtshilfe am CHUV, ist ebenfalls Mitglied von «La Fondation».

Frühjahrsfortbildung der gynécologie suisse

Die diesjährige Frühjahrsfortbildung der gynécologie suisse hat vom 15.–23. März 2013 im Kongress- und Seminarzentrum Kulm in St. Moritz stattgefunden. Neben dem Gutachterseminar, dem Mammaseminar sowie den Schwerpunkten zu Geburtshilfe und Ultraschall präsentierte Prof. DDr. Johannes Huber aus Wien neuste Erkenntnisse aus der Endokrinologie. Wir publizieren daher zwei Artikel zu Themen, die für die Frauengesundheit von hoher Bedeutung sind: Die Substitution von Aminosäuren und deren Anwendungsmöglichkeiten über die Frauenheilkunde hinaus sowie die Veränderungen in der Betreuung von Schwangeren in der Zukunft durch Prägefaktoren der Epigenetik.

Prägefaktoren der Schwangerschaft – die epigenetische Schwangerenbetreuung

Unser epigenetischer Code ist teilweise vorgegeben und wird weitervererbt. Andererseits kann er im Laufe des Lebens so verändert werden, dass diese «Einstellung» für immer erhalten bleibt und auch an Nachkommen weitergegeben werden kann. Lange war man der Meinung, dass diese erworbenen Eigenschaften nicht vererbt werden können. Die zunehmende Kenntnis der Epigenetik hat dieses biologische Dogma relativiert.

Univ. Prof. DDr. Johannes Huber Wien

Die zunehmende Kenntnis der epigenetischen Codierung unseres Erbgutes macht dieses auch für die Schwangerschaftsbetreuung interessant. Denn nicht nur die perlenkettenartige Sequenz der DNA-Bausteine alleine entscheidet über die Genaktivität, sondern auch die elektrische Ladung, die im Genom herrscht und die zu einer höchstkomplizierten Verpackung des DNA-Fadens führt. Dadurch werden Genabschnitte ruhiggestellt, andere hingegen aktiviert. Diese Ladungsveränderungen werden durch Kleinmoleküle hervorgerufen, es sind vor allem Methyl-Acetyl und Phosphatreste, die zu unterschiedlichen Transkriptionen führen. Ein besonderes Prägefenster ist die Schwangerschaft, in der sich das Kind – unabhängig vom Genom – auf die zu erwartende Situation, in die es hineingeboren wird, vorbereiten kann. Die ersten Lebensjahre scheinen ebenfalls besondere «Prägephasen» zu sein.

«Wir haben mit den Sünden unserer Väter zu leben»

Acetylierung, Methylierung und Phosphorylierung, sind die wichtigsten Modikfikationsmoleküle, die die DNA-Struktur auch während des adulten Lebens verändern und dieses weitervererben können. Die Schwangerschaft ist ein solches Prägefenster. Die Wichtigkeit der Folsäure während der Gravidität erklärt sich aus der Tatsache, dass das Methyltetrahydrofolat ein Methylspender ist – und das Methyl zum epigenetischen Alphabet gehört. Aber auch vor der Zeugung wird der epigenetische Code der Keimzellen offensichtlich so moduliert, dass diese Veränderung auch bei Kindern anzutreffen ist. Wir vererben also nicht nur unsere Gene, sondern auch unseren «way of life». Erstmals wies eine Science-Arbeit darauf hin, in der männliche Mäuse Pestiziden ausgesetzt wurden, die auch im Weinbau verwendet werden. Dabei kam es zu einer atrophen Veränderung in den Keimdrüsen, wobei die Zeugungsfähigkeit erhalten blieb. Überraschenderweise zeigten die geborenen Jungen, die nie mit dem Pestizid in Berührung kamen, die gleichen Keimveränderungen, wie ihre Mäuseväter. Daraus schloss man, dass ein erworbenes Problem weitergegeben werden kann. Eine im «Nature» erschienene Arbeit verfolgte das Outcome von Mädchen, deren Väter sich vor der Zeugung über einen längeren Zeitraum besonders fettreich ernährten. Die Mädchen erkrankten überdurchschnittlich oft an einem «metabolischen Syndrom», das von den väterlichen Essgewohnheiten transmittiert wurde. Deswegen wird angenommen, dass bereits die Lebensweise vor der Zeugung Auswirkungen auf Nachkommen hat. Vor allem die Schwangerschaft stellt ein epigenetisches Fenster dar. Obwohl der genetische Code bei der Zeugung

GYNOFLOR®

Lactobacillus acidophilus &
0,03 mg Estriol

GYNOFLOR® –
NATÜRLICHE REGENERATION FÜR EINE GESUNDE VAGINALFLORA

- **Dualer Wirkmechanismus mit Lactobacillus acidophilus & Estriol**
- **Wiederaufbau der physiologischen Barriere gegen Vaginalinfektionen**
- **Nach jeder Therapie mit Anti-Infektiva**
- **Reduktion von Rezidiven[1)]**
- **Behandlung atropher Vaginitis**

1) Özkinay Erdinc et al., British Journal of Obstetrics an Gynaecology, February 2005

Gynoflor®
Z: Mind. 10 Mio. lebende Lactobacillus acidophilus, 0.03mg Estriol. **I:** Fluor vaginalis. Wiederherstellung der physiologischen Vaginalflora nach lokaler/systemischer Behandlung mit Antiinfektiva. Vaginalinfekte durch Mischflora, Atrophische Kolpitis, Fluor in der Postmenopause. **D:** 1–2 Tabletten vor dem Schlafengehen tief in die Scheide einführen, 6–12 Tage. **KI:** Endometriose, Malignome an Mamma, Uterus und Vagina. Vaginalblutungen unbekannter Ursache. Stark entzündliche, eitrige Vaginitis. Nicht vor der Geschlechtsreife. Überempfindlichkeit gegenüber einem der Inhaltsstoffe. **UW:** Vorübergehendes, leichtes Brennen und Juckreiz nach erster Applikation. **P:** Vaginaltabletten 6 und 12, **kassenzulässig. Liste B. Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte dem Arzneimittelkompendium der Schweiz**.

Zulassungsinhaberin: Medinova AG, Eggbühlstrasse 14, 8052 Zürich, Telefon +41 44 306 13 89, www.medinova.ch

medinova

fertig ist, besteht über die Epigenetik die Möglichkeit der «Feinregulation», mit der die Mutter ein ungeborenes Kind nachhaltig beeinflussen kann.

Stress und Genussgifte der Mutter wirken sich epigenetisch auf das Kind aus

Konflikte und Stress der Mutter während der Schwangerschaft können sich epigenetisch auf das Kind übertragen. An sich besteht in der Schwangerschaft ein Mechanismus, der ein Ungeborenes vor zu viel mütterlichem Stress schützt. Dafür konditioniert das Kind den Mutterkuchen so, dass dieser das mütterliche Cortisol inaktiviert. Diese wichtige Funktion erledigt ein eigenes Enzym der Plazenta: die 17-Beta-Hydroxy-steroid-Dehydrogenase-2. Es inaktiviert das Stress-Hormon Cortisol. Überschreitet der mütterliche Stress jedoch ein kritisches Mass und ist die Mutter darüberhinaus während der Schwangerschaft unterernährt oder raucht – wird dieses «Stress-Schutz-Enzym» epigenetisch inaktiviert. Cortisol tritt direkt auf das Kind über und erzeugt dort ähnliche Stressreaktionen wie im mütterlichen Organismus. Der Embryo ist allerdings enorm aufnahmefähig und schreibt diese Stress-Antwort in sein Programm, also in die epigenetischen Steuerungseinheiten. Die überhöhte Stress-Reaktion bleibt dem Kind so ein Leben lang erhalten. Physiologisch geschieht folgendes: Das Gen des kindlichen BDNF wird hypermethyliert und dadurch reduziert, was sich auf spätere Stressreaktionen des Kindes ungünstig auswirkt. Aber das duodenale Homeoboxgen 1, das Gen für den pankreatischen Transkriptionsfaktor Pdx1 sowie die Anzahl der ß-Zellen werden in der Gravidität durch äussere Einflüsse unterschiedlich acetyliert bzw. methyliert

Vitamin D-Mangel in der Schwangerschaft

Das Vitamin D ist eigentlich ein Hormon, das – wie andere Steroide – in der Schwangerschaft eine epigenetische Wirkung auf den Foetus hat. Da in der kaukasischen Population ein endemischer Vitamin D-Mangel vorherrscht, ist eine Abklärung vor einer Gravidität sinnvoll. Dies auch deshalb, weil während der Schwangerschaft eine Substitution nicht empfohlen wird. Was allerdings lediglich aus forensischen Gründen und aus der Angst vor einer möglichen Überdosierung so formuliert wurde. Ein mütterlicher Vitamin D-Mangel führt zu einer fetalen Vitamin D-Insuffizienz, was sich möglicherweise ungünstig auf die cerebrale Reaktionen des Kindes auswirken kann. Mehrere Untersuchungen zeigten ein erhöhtes Risiko für Multiple Sklerose. Interessanterweise fand man auch einen niedrigen Vitamin D-Spiegel bei Frauen, die wegen einer Komplikation per Kaiserschnitt entbunden werden mussten.

Schilddrüsenhormone und Fettsäuren

Die kindliche Schilddrüse beginnt zwar in der zweiten Schwangerschaftswoche Hormone zu produzieren, in den ersten zwölf Wochen ist das Kind jedoch auf die Versorgung durch die Mutter angewiesen. Für die auch epigenetisch gesteuerte Gehirnentwicklung des Kindes ist das Schilddrüsenhormon so wichtig, dass der weibliche Körper sogar in der Gebärmutter dejodiniert – also das Tetraodthyronin in das aktive Trijodthyronin umwandelt. Schilddrüsenerkrankungen treten bei Frauen häufiger auf als bei Männern, deswegen ist es im ersten Trimester mitunter wichtig, die Schilddrüsensituation der Mutter zu kennen. Die Entwicklung des fetalen Gehirns folgt einem epigenetischen Programm, in welches das Schilddrüsenhormon regulierend eingreift. Eine mütterliche Unterfunktion der Schilddrüse kann sich daher ungünstig auf die Intelligenz des Kindes auswirken. Die Schilddrüsenhormone bedienen sich zudem der Fettsäuren, um die für die Funktion von Nerven lebenswichtigen Membrane zu bauen. Obwohl Fettsäuren selbst keine epigenetischen Verbindungen sind, sind sie Substrate für die Nervenentwicklung und deswegen in der Schwangerschaft von besonderer Bedeutung. Vor allem die Docosahexanolsäure soll in der Schwangerschaft besonders beachtet werden, da sie für die Neurogenese von hoher Wichtigkeit ist.

Résumé

Le code épigénétique d'un individu est, pour une partie, hérité de ses parents et retransmis tel quel à sa descendance. L'autre partie peut être modifiée au cours de la vie de telle manière que cette «disposition» lui reste définitivement acquise et peut aussi passer à la postérité. Le progrès des connaissances sur le codage épigénétique de notre patrimoine héréditaire en fait donc également un chapitre intéressant pour le suivi de la grossesse. L'acétylation, la méthylation et la phosphorylation sont les principales modifications moléculaires de la structure de notre ADN susceptibles d'intervenir pendant la vie adulte et d'être transmises à nos descendants. La grossesse représente à cet égard une fenêtre épigénétique particulièrement importante. Bien que le code génétique soit définitivement acquis à la procréation, l'épigénétique offre des mécanismes de «régulation fine» par lesquels la mère peut avoir une influence durable sur l'enfant à naître. Des facteurs d'influence épigénétiques sont par exemple le stress, les produits d'agrément aux effets toxiques (alcool, tabac) ou encore le cortisol, la vitamine D, les hormones thyroïdiennes, les acides gras et la flore intestinale. Selon le professeur Johannes Huber, il est d'ores et déjà certain que les connaissances en épigénétique marqueront l'avènement d'une nouvelle prise en charge de la femme enceinte.

Darmbakterien

Die Darmflora der Mutter hat eine bis jetzt ignorierte, aber ebenfalls entscheidende Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes. Die Darmbakterien bilden Verbindungen, wie z.B. Buttersäure, die direkt in die epigenetischen Regulierungen fetaler Organe eingreifen können. Lactobazillen im mütterlichen Organismus haben für das Kind einen positiven epigenetischen Prägeeffekt, in dem sie das Kind vor Atopien und Allergien schützen. Umgekehrt ist eine Prädominanz von Proteobacteria für das Kind möglicherweise von Nachteil. Wenn die bisher vorliegenden Arbeiten bestätigt werden, wird man sich in Zukunft auch um die Darmbakterien der Mutter so kümmern, wie es jetzt beim Blutdruck oder beim Harn der Fall ist. Sicher ist aber bereits heute, dass die Kenntnis der Epigenetik eine neue Art der Schwangerenbetreuung initiieren wird.

Die Bedeutung von Aminosäuren für die Gynäkologie

Im Rahmen des Alterungsprozesses sinkt auch die Resorbtionsrate von Proteinen sowie die endogene Produktion von Aminosäuren, was in besonderer Weise das Glutamin betrifft.

Univ. Prof. DDr. Johannes Huber Wien

Mit einem Mengenanteil von 20 % ist Glutamin Hauptbestandteil des Pools an freien Aminosäuren im Blutplasma (500–900 µmol/l) und kommt in der höchsten Konzentration in den Muskelzellen (ca. 35 mmol/l) vor. Es ist unter anderem für die Wassereinlagerung in die Zelle verantwortlich und bewirkt bei körperlicher Belastung eine Vergrösserung des Zellvolumens, was als anaboles, die Proliferation unterstützendes Signal zu betrachten ist. Glutamin spielt in der Sportmedizin eine Rolle, da angenommen wird, dass es zusätzlich antikatabol wirkt, indem es bei körperlicher Anstrengung einem Abbau von Muskelgewebe entgegen wirkt. Ebenso soll sich die körperliche Regenerationsfähigkeit verbessern. Zwar gibt es noch keinen stringenten wissenschaftlichen Nachweis, allerdings weisen Fallberichte auf eine verbesserte Lebensqualität hin, wenn diese Aminosäuren abends konsumiert werden.

Glutamin bei onkologischen Behandlungen

Periphere Neuropathien und intestinale Probleme zählen zu den häufigsten Beschwerden bei Chemotherapie. Wissenschaftliche Arbeiten zeigen nun, dass eine Substitution mit einfachen Aminosäuren diese Probleme lindert oder vermeidet. Vor allem Glutamin hat einen protektiven Effekt auf die Enterozyten. Dies gewann an Aufmerksamkeit, als Intensivmediziner berichteten, dass Patientinnen mit Glutaminmangel eine signifikant schlechtere Prognose hatten. Prospektive Untersuchungen bestätigten, dass alle operativen Eingriffe den Glutaminspiegel senken, was sich auf Hospitalisationszeit und Genesung invers auswirkt.

Muskelalterung geht mit einer Abnahme der endogenen Glutaminsynthese einher

Der Alterungsprozess ist mit einer Abnahme des Muskels und einer Zunahme von Fettzellen assoziiert. Dadurch kommt es auch zu einer Verminderung jener Proteine, die im Muskel gebildet werden. Es sind vor allem die Muskeln, die – neben Lunge und Gehirn – endogen Glutamin bilden. Deshalb haben der Alterungsprozess und die damit einhergehende Konversion der Myoblasten in Adipozyten grossen Einfluss auf den Glutaminspiegel.

Die Wirkung von Glutamin auf Darm und Bauchspeicheldrüse

Nach der Freisetzung aus dem Muskel, aber auch nach oraler Einnahme wird Glutamin rasch in die Enterozyten resorbiert. Ein Teil wird von den hinter dem Darmepithel liegenden mononukleären Zellen

Résumé

Le taux de résorption des protéines diminue au cours du vieillissement, tout comme la production endogène d'acides aminés et tout particulièrement de la glutamine. Celle-ci est responsable entre autres de l'accumulation d'eau par les cellules; lors d'un effort physique, elle induit une augmentation du volume cellulaire qui peut être considérée comme signal anabolique favorisant leur prolifération. La glutamine joue également un rôle important en médecine sportive, car on admet qu'elle possède aussi un effet anticatabolique. Elle améliorerait en outre la capacité de régénération du corps. Les neuropathies périphériques et les problèmes intestinaux comptent parmi les troubles les plus fréquents associés à la chimiothérapie. Des études scientifiques montrent qu'une substitution par des acides aminés simples permet d'atténuer ou d'éviter entièrement ces problèmes. Ces travaux soulignent notamment l'effet protecteur de la glutamine. La glycine a un effet synergique supplémentaire. Comme la glutamine, elle protège le foie des effets hépatotoxiques d'une chimiothérapie et exerce une fonction de neurotransmetteur. Ces découvertes montrent une fois de plus qu'en gynécologie, les acides aminés jouent un rôle dont l'importance a été longtemps sous-estimée.

aufgenommen. Davon profitiert das Immunsystem. Ein kleiner Teil gelangt in die Leber, wo es den Blutzuckerspiegel stabilisiert, da es in Glukose umgewandelt werden kann. Der protektive Effekt, den Glutamin auf den Intestinaltrakt ausübt – was vor allem bei Patientinnen mit Chemotherapie wichtig ist – beruht einerseits auf der Bereitstellung von Aminogruppen, einer Hauptaufgabe des Glutamins. Andererseits bewirkt die direkte Einschleusung in den Citratzyklus diesen Effekt, wo es an der ATP-Bildung beteiligt ist. Dadurch erhalten die Enterozyten genug Energie, um die nach der Chemotherapie notwendigen Reparaturmechanismen anzuregen.

Glutamin und Glutathion

Glutamin ist zudem Ausgangssubstanz für Glutathion, einer der wirksamsten Zellschutzverbindungen. Darüberhinaus regt Glutamin die mononukleären Immunzellen an und erhöht so die Abwehrkraft. Dies erklärt, dass durch synchrone Glutaminapplikation das Tumorwachstum nicht gefördert sondern eher gehemmt wird. Eine besondere Rolle scheint dabei der antidiabetogene Effekt des Glutamins zu spielen. Einerseits fördert es die Gluconeogenese und balanciert so den Glukosespiegel. Andererseits ist es eine wichtige Energiequelle für die Mitochondrien, denn es wird über das Ketoglutarat direkt in ATP umgewandelt, ähnlich wie Fettsäuren, die durch Carnitin in die Mitochondrien gelangen. Beide Mechanismen bewirken, dass die Zelle weniger Glukose benötigt ohne das Leistungsprofil der Mitochondrien zu reduzieren.

Die kleinste Aminosäure Glycin

Einen synergistischen Effekt zum Glutamin hat das Glycin. Diese Aminosäure liegt überwiegend als «inneres Salz» bzw. Zwitterion vor. Es wird bevorzugt in Polypeptide an räumlich beengten Positionen – der Protein-Sekundärstruktur – eingebaut. Besonders zahlreich kommt es im Kollagen vor. Hier macht es gut ein Drittel aller Aminosäuren aus, da es aufgrund seiner geringen Grösse das Aufwickeln zur Tripelhelix-Struktur erlaubt. Deshalb ist Glycin auch für die Integrität des Kollagens und des Muskelgewebes wichtig. Ähnlich wie das Glutamin schützt es die Leber vor hepatotoxischen Folgen einer Chemotherapie und wirkt als Neurotransmittor. Die Glycin-Rezeptoren des ZNS werden aber auch von Neurosteroiden der Progesteronreihe besetzt und aktiviert, was die Verbindung zwischen dieser Aminosäure und den Geschlechtssteroiden hervorhebt. Auch Spermien sind reich an Glycinrezeptoren, die ebenfalls von weiblichen Geschlechtssteroiden agonisiert werden. Dies ist ein Faktum, das einer biologischen Interpretation bedarf und zudem zeigt, dass Gynäkologie mehr mit den Aminosäuren zu tun hat, als man lange vermutete.

Neue Chefärztinnen und Chefärzte

Nouveau médecin-chef de gynécologie et d'obstétrique à l'hôpital d'Yverdon

Le Dr Philippe Brossard a été nommé médecin-chef de la clinique de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital d'Yverdon avec effet au 1er février 2013. Le nouveau médecin-chef gardera son activité de consultant au service de gynécologie des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Né en 1974 à La Chaux-de-Fonds, Philippe Brossard a étudié la médecine à l'Université de Lausanne, où il a obtenu son diplôme fédéral en 2001. Il a ensuite acquis sa formation postgrade de spécialiste en gynécologie et en obstétrique à St-Imier, Yverdon, Genève et Fribourg. Chef de clinique au service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital cantonal de Fribourg à partir de 2007, le Dr Brossard a rejoint le service de gynécologie des Hôpitaux Universitaires de Genève en 2010.

A Yverdon, le Dr Brossard a succédé en février 2013 au Dr Philippe Chenevart, qui a quitté le service en 2013 au terme de 30 ans d'activité. Les principaux domaines d'activité du Dr Philippe Brossard sont la chirurgie gynécologique et l'urogynécologie. Il possède en outre un vaste savoir-faire en endoscopie et en chirurgie fast-track, qui accélère la réadaptation postopératoire.

Neue Leitung der Frauenklinik am Universitätsspital Basel

Prof. Dr. Viola Heinzelmann-Schwarz wird ab August 2013 die gynäkologische Klinik sowie die Gesamtleitung der Frauenklinik am Basler Universitätsspital übernehmen. Sie folgt auf Prof. Dr. Johannes Bitzer, der auf diesen Zeitpunkt emeritiert. Sie ist die erste Schweizer Ordinaria für das Fach Gynäkologie/Geburtshilfe.

Viola Heinzelmann-Schwarz wurde 1969 in Kirchheim/Teck geboren. Sie studierte zunächst zwei Jahre Rechtswissenschaften in Erlangen, bevor sie 1990 nach Tübingen wechselte und ihr Medizinstudium begann. Ihre Weiterbildung zur Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe absolvierte sie von 1998 bis 2005 am UniversitätsSpital Zürich. Währenddessen ging sie für ein zweijähriges Postdoktorat in Krebsforschung an das «Garvan Institute of Medical Research» an die Universität von New South Wales nach Sydney.

Ab 2006 war Viola Heinzelmann Oberärztin an der Frauenklinik im Spital Limmattal sowie Forschungsleiterin der von ihr gegründeten «Translational Research Group» am USZ. 2008 habilitierte sie an der Universität Zürich. Anschliessend wechselte sie an die Universität von New South Wales, wo sie auch lehrte. Sie erwarb am Royal Hospital for Women ihre Subspezialisierung in gynäkologischer Onkologie. Gleichzeitig baute sie dort am Lowy Cancer Research Centre ab 2008 eine neue «Ovarian Cancer Group» auf. Seit Sommer 2012 ist sie Assistenzprofessorin und Leitende Ärztin in der Klinik für Gynäkologie am Universitätsspital Basel.

Als neue Klinikdirektorin setzt Professor Heinzelmann auf translationale Forschung und will neue endoskopische gynäkologisch-onkologische Konzepte entwickeln und aufbauen. Ihr Forschungsschwerpunkt ist die Biomarker-Entwicklung bei gynäkologischen Karzinomen.

Neue Chefärztin der Frauenklinik am Spital Grabs

PD Dr. Seraina Schmid leitet seit Oktober 2012 die Frauenklinik des Spitals Grabs. Sie trat damit die Nachfolge von Dr. Franz Limacher an, der in Pension ging.

Seraina Schmid wurde 1967 als Auslandsschweizerin in Deutschland geboren. Nach einem Betriebswirtschaftsstudium studierte sie an der Universität Ulm Medizin. Anschliessend absolvierte sie ihre Facharztweiterbildung in Gynäkologie und Geburtshilfe in den Spitälern Grabs, Davos und Luzern. Nach ihrer Oberarzttätigkeit in Luzern und Grabs arbeitete sie von 2002 bis 2007 als Oberärztin für operative Gynäkologie und gynäkologische Onkologie an der Universitätsfrauenklinik Basel.

Es folgte ein zweijähriger Forschungsaufenthalt an der Stanford University in den USA, wo sie vor allem über das Ovarialkarzinom forschte. 2009 kehrte sie an die Universitätsfrauenklinik Basel zurück. Anfang 2012 wechselte sie als Leitende Ärztin und Chefarztstellvertreterin an das Spital Grabs, wo die 45-Jährige seit Oktober letzten Jahres der Frauenklinik als Chefärztin vorsteht. Im April 2012 habilitierte Seraina Schmid an der Universität Basel.

Belarina®

so leicht - so schön

mit den CMA-Vorteilen

Belarina® / Belara®

die CMA-Originale

Hilfreich bei Dysmenorrhoe[1, 2] | Gut für die Haut[3] | Reduktion Anzahl Blutungstage und -intensität[3]

Belarina®

20 µg EE

2 mg CMA/24+4

77742 / DE / 1

Belarina®: 24 Filmtabletten mit 20 µg EE/2 mg Chlormadinonacetat und 4 Filmtabletten ohne Wirkstoffe. **I:** Hormonale Kontrazeption. **D:** 1 Tabl./Tg. **KI:** Schwangerschaft, thromboembolische Prozesse, Diabetes mellitus mit Gefässveränderungen, Lebererkrankungen, generalisierter Pruritus und Cholestase, Dubin-Johnson und Rotor-Syndrom, Porphyrie, Pankreatitis, Migraine accompagnée, schwere Depression, sexualhormon-empfindliche Tumoren, Otosklerose, ungeklärte Amenorrhoe oder Genitalblutungen, Endometriumhyperplasie, Überempfindlichkeit gegenüber den Wirkstoffen/Hilfsstoffen. **VM:** Sofort absetzen bei: erstmaligem Auftreten oder Exazerbation von Kopfschmerzen oder Migräne, Wahrnehmungsstörungen, 4 Wochen vor Operationen, Immobilisation, signifikantem Blutdruckanstieg, Auftreten von Ikterus, Hepatitis, generalisiertem Pruritus, intraabdominale Blutungen, Zunahme epileptischer Anfalle. **IA:** Mittel, welche die gastrointestinale Motilität erhöhen, Enzyminduktoren, Breitspektrumantibiotika. **UAW:** genitale Candida-Infektion, Stimmungsschwankungen, Nervosität, Kopfschmerzen, Schwindel, Sehstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Akne, Gefühl von Schwere, Metrorrhagie, Brustbeschwerden, Ovarialzyste, Dysmenorrhoe, Fluor vaginalis. **Liste B.** Weitere Informationen unter **www.swissmedicinfo.ch.** Kopien der Studienpublikationen können bei Bedarf unter der Adresse des Zulassungsinhabers angefordert werden. Zulassungsinhaber: **Gedeon Richter (Schweiz) AG, Gewerbestrasse 5, 6330 Cham.**

Referenzen

1) Archer D.F., Contraception 74 (2006) 359-66 2) Fachinformation 3) Brucker C. et al., Contraception 81 (2010) 501-9

GEDEON RICHTER